BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ FRANÇAISE

D'OTOLOGIE, DE LARYNGOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

Publiés par les soins du Bureau : MM. MIOT, *président* ; GAREL, CARTAZ, *vice-présidents* ; CADIER, *trésorier* ; JOAL, *secrétaire général* ; CHARAZAC, *secrétaire*.

TOME VIII

Fascicule 1

PARIS

J. RUEFF ET Cie, ÉDITEURS

106, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 106

1892

STATUTS ET RÈGLEMENT

DE LA

SOCIÉTÉ FRANÇAISE

D'OTOLOGIE, DE LARYNGOLOGIE ET RHINOLOGIE

Revisés en Assemblée générale (Mai 1892).

BUT ET COMPOSITION DE LA SOCIÉTÉ

ARTICLE PREMIER. — Il est fondé à Paris une Société ayant pour but l'étude et les progrès des sciences médicales concernant spécialement les maladies de l'oreille, du larynx, du nez et des organes connexes.

ART. 2. — Cette Association prend le nom de « Société Française d'Otologie, de Laryngologie et de Rhinologie ».

ART. 3. — La Société se compose de membres fondateurs, de membres titulaires, de membres correspondants étrangers et de membres honoraires.

ART. 4. — Les membres FONDATEURS *français* ou *étrangers*, au nombre de 54, dont les noms suivent les statuts, ont *tous* le titre de membres *titulaires-fondateurs* de la Société.

ART. 5. — Le nombre des membres titulaires est illimité; celui des correspondants étrangers et honoraires est également illimité.

ART. 6. — Pour être nommé membre titulaire, il faut :

1° Etre Français;

2° Etre docteur en médecine d'une Faculté française;

3° Résider et exercer en France;

4° Adresser au Président de la Société une demande écrite apostillée par deux membres titulaires, accompagnée d'un mémoire manuscrit ou de tout autre travail inédit, sur les matières dont s'occupe la Société. Un rapport sera fait sur ce travail par une Commission composée de trois membres.

L'admission aura lieu au scrutin secret à la majorité des trois quarts des membres présents et au quart des membres français inscrits.

Art. 7. — Les membres correspondants étrangers seront choisis parmi les médecins s'étant fait connaître par leurs travaux sur la spécialité. Ils devront adresser au Président de la Société une demande écrite avec l'exposé de leurs titres scientifiques ou autres. Un rapport sera fait sur les titres du candidat par une Commission composée de trois membres, et l'admission aura lieu à la majorité des deux tiers des membres présents.

Art. 8. — Pourront être nommés membres honoraires : 1° les titulaires ayant au moins quinze ans de titulariat et qui en feront la demande ; 2° les médecins éminents s'étant distingués par leurs publications sur l'Otologie, la Laryngologie et la Rhinologie.

Le titre de membre honoraire sera accordé en séance générale sur l'avis favorable d'une Commission de cinq membres désignée à cet effet. La nomination aura lieu à la majorité absolue des membres présents.

Art. 9. — Les membres titulaires ont seuls voix délibérative ; seuls ils peuvent faire partie du Bureau ou des Commissions et prendre part aux élections.

Art. 10. — Toutes les élections auront lieu au scrutin secret.

ADMINISTRATION DE LA SOCIÉTÉ

Art. 11. — La direction des travaux de la Société est confiée à un Bureau composé d'un Président, de deux Vice-Présidents, d'un Secrétaire général, d'un Trésorier, de un ou de deux Secrétaires de séance.

Art. 12. — Le Président, les Vice-Présidents et le Secrétaire des séances sont nommés pour un an. Le Secrétaire général et le Trésorier sont nommés pour trois ans.

Chaque année, le premier Vice-Président devient de droit Président, et le deuxième Vice-Président passe premier Vice-Président pour arriver à son tour à la Présidence.

Art. 13. — Tous les membres du Bureau sont rééligibles, une fois leurs fonctions expirées.

Art. 14. — Sur la proposition du Bureau, pourra être nommé, pour la durée de chaque session, un Président honoraire choisi parmi les membres étrangers assistant à la réunion annuelle.

Art. 15. — Le Bureau représente la Société dans tous les actes de la vie civile. Toutes ses fonctions sont gratuites.

ASSEMBLÉE ET TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ

Art. 16. — La Société se réunit une fois par an.

Art. 17. — Les travaux de la Société sont réunis en bulletins et publiés le plus tôt possible après la session, par les soins du Bureau remplissant les fonctions de Comité de publication.

Art. 18. — Les ressources de la Société se composent : 1° du droit d'admission à la Société ; 2° du droit de diplôme de membre correspondant étranger ; 3° des allocations, dons et legs faits à la Société ; 4° de la vente des Bulletins.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Art. 19. — La Société s'interdit toute discussion étrangère au but de son institution.

Art. 20. — Aucune proposition importante ne peut être discutée ou adoptée si elle n'est, au préalable, mise à l'ordre du jour de la séance.

Art. 21. — Toute modification apportée aux Statuts devra être formulée par écrit et signée par dix membres au moins.

Art. 22. — La dissolution, la fusion ou toute autre modification apportée à la manière d'être de la Société, ne pourra être votée qu'après avoir été mise à l'ordre du jour, dix jours au moins avant la session annuelle. Le vote ne sera valable que *s'il est fait en séance*, et à la majorité des trois quarts des membres présents représentant au moins la moitié des membres titulaires *français* inscrits.

Art. 23. — En cas de dissolution, fusion, etc., etc., il sera statué par la Société sur l'emploi et la destination des biens fonciers, livres, etc., lui appartenant.

Art. 24. — Nul changement ne pourra être apporté aux présents Statuts sans l'approbation du gouvernement.

Liste des Membres Titulaires-Fondateurs

Albespy (de Rodez) ;
Archambault (de Tours) ;
Astier (de Paris) ;
Audubert (de Luchon ;
Beausoleil (de Bordeaux) ;
Blanc (de Paris) ;
Botey (de Barcelone) ;
Bouyer (de Cauterets) ;
Brémond (de Marseille) ;
Cadier (de Paris) ;
Cartaz (de Paris) ;
Castañeda (de Saint-Sébastien) ;
Castex (de Paris) ;
Charazac (de Toulouse) ;
Délie (d'Ypres) ;
Ducasse (de Villeneuve-sur-Lot) ;
Fauvel (de Paris) ;
Ferras (de Luchon) ;
François (de Montpellier) ;
Furundarena (de Tolosa) ;
Garel (de Lyon) ;
Garrigou-Désarènes (de Paris) ;
Gilles (de Paris) ;
Goureau (de Paris) ;
Guément (de Bordeaux) ;
Higguet (de Bruxelles) ;
Jacquemart (de Nice) ;
Joal (du Mont-Dore) ;
Joly (de Lyon) ;
Lacoarret (de Salies-de-Béarn) ;
Lamallerée (de) (de Varennes-sur-Allier) ;
Labat (de Tolosa) ;
Labus (de Milan) ;
Lannois (de Lyon) ;
Lavrand (de Lille) ;
Lubet-Barbon (de Paris) ;
Luc (de Paris) ;
Miot (de Paris) ;
Moure (de Bordeaux) ;
Natier (de Paris) ;
Noquet (de Lille) ;
Onodi (de Budapest) ;
Polo (de Nantes) ;
Poyet (de Paris) ;
Ragonneau (de Dijon) ;
Raugé (de Challes) ;
Roquer y Casadesus (de Barcelone) ;
Rougier (de Lyon) ;
Roullìès (d'Agen) ;
Rousseaux (de Bruxelles) ;
Schiffers (de Liège) ;
F. Suarez de Mendoza (d'Angers) ;
Vacher (d'Orléans) ;
Verdos (de Barcelone) ;
Wagnier (de Lille).

RÈGLEMENT

ATTRIBUTIONS DU BUREAU

ARTICLE PREMIER. — La Société, hors de ses séances, est représentée par le Bureau.

ART. 2. — Le Président dirige les Assemblées, recueille les suffrages, proclame les décisions de la Société; il nomme, avec les autres membres du Bureau, les Commissions chargées des rapports.

ART. 3. — Le Président, en cas d'absence, est remplacé par l'un des Vice-Présidents, ou à leur défaut par le doyen d'âge des membres titulaires présents.

ART. 4. — Le Secrétaire général prépare l'ordre du jour de chaque séance; il est chargé de la correspondance manuscrite ou imprimée; il signe les lettres écrites au nom de la Société et ses délibérations; il est chargé de rédiger les procès-verbaux des séances, d'en faire la lecture et de surveiller la publication des Bulletins de la Société; il doit faire chaque année un compte rendu des travaux communiqués. En cas d'absence, il est remplacé par l'un des Secrétaires des séances.

ART. 5. — Le Secrétaire des séances est chargé d'aider le Secrétaire général dans la rédaction des procès-verbaux de chaque séance, et la préparation des ordres du jour.

ART. 6. — Le Trésorier est chargé de la comptabilité ; il paie les mandats visés par le Président et le Secrétaire général, reçoit les cotisations, rend chaque année à la Société un compte détaillé de sa gestion.

DES SÉANCES

ART. 7. — Les séances de la Société ont lieu tous les ans à Paris du 1er au 15 mai. La date exacte est fixée trois mois à l'avance par le Bureau.

Elles sont publiques.

ART. 8. — Une réunion supplémentaire pourrait être convoquée dans le courant de l'année par le Bureau.

ART. 9. — Lorsqu'un membre correspondant étranger assiste à la séance, le Président en informe la Société et mention en est faite au procès-verbal.

ART. 10. — Les travaux de la Société ont lieu dans l'ordre suivant :

1° Lecture et adoption du procès-verbal;

2° Correspondance ;

3º Présentation de malades ;

4º Lectures de Rapports;

5º Communications à l'ordre du jour;

6º Présentation d'instruments et de pièces anatomiques.

Art. 11. — Le Président peut, après avoir consulté l'Assemblée, intervertir l'ordre de ses travaux.

Art. 12. — Tout membre ne faisant pas partie de la Société ne pourra faire de lecture qu'après en avoir fait la demande. Son travail ne pourra pas être discuté.

Art. 13. — Les ouvrages imprimés ou les mémoires inédits envoyés à la Société pourront être l'objet d'un rapport verbal ou écrit.

Art. 14. — Les Commissions chargées de rapports écrits seront composées de trois membres, et exceptionnellement de cinq. Les rapports verbaux seront faits par un seul rapporteur.

Art. 15. — Tout rapport peut être discuté avant d'être mis aux voix. Le rapporteur a le droit de prendre la parole le dernier.

Art. 16. — Après la discussion d'un rapport les conclusions seules sont mises aux voix ; s'il y a des amendements appuyés, ils ont la priorité, mais si la proposition nouvelle entraînait le rejet des conclusions du rapport, ces dernières seraient d'abord mises aux voix.

Art. 17. — Toute discussion une fois ouverte ne peut être fermée que de deux manières, ou parce qu'on ne demande plus la parole, ou parce que la Société consultée demande la clôture et l'ordre du jour.

Art. 18. — Toute digression étrangère à l'objet de la discussion est interdite. Le Président rappellerait à l'ordre quinconque s'éloignerait de la question mise en discussion.

Art. 19. — Le manuscrit des mémoires présentés à la Société sera écrit en français et ne pourra excéder dix pages du Bulletin de la Société, sauf l'assentiment du Bureau.

Il doit être adressé au Secrétaire général ou déposé, au plus tard, sur le bureau, dans la séance même où doit avoir lieu la lecture.

Le Secrétaire général est responsable des Mémoires déposés. Il ne peut s'en dessaisir.

Art. 20. — Tout mémoire lu, en l'absence de l'auteur, ne peut être soumis à la discussion.

Art. 21. — Aucune addition ou modification, les fautes de typographie et de linguistique exceptées, ne pourra être apportée aux mémoires par leurs auteurs, après communication à la Société.

Art. 22. — Une note sur les communications orales sera remise au Secrétaire huit jours au moins après la séance ; faute de quoi, il pourra être passé outre sur ces communications dans le procès-verbal.

ART. 23. — Toute modification à un travail, jugée nécessaire et proposée par le Comité, ne pourra l'être sans l'autorisation de l'auteur ; mais le Comité a le droit d'y mettre une note justifiant de l'entière liberté laissée à l'auteur.

ART. 24. — Une épreuve des mémoires à insérer sera envoyée à l'auteur, sur sa demande, pour recevoir ses corrections.

COMITÉ SECRET

ART. 25. — Chaque membre titulaire a le droit de provoquer un Comité secret ; il adresse à cet effet au Président de la Société une demande écrite et motivée, appuyée par deux autres membres. Le Bureau, consulté, accorde ou refuse le Comité secret.

ART. 26. — Sauf les cas d'urgence, les membres de la Société sont avertis par lettre de la formation de ce Comité.

RESSOURCES DE LA SOCIÉTÉ

ART. 27. — Les ressources de la Société se composent : 1° du produit des cotisations des membres titulaires fixées à 15 francs; 2° du droit de diplôme des membres correspondants étrangers fixé à 15 francs; 3° du montant de la vente des Bulletins.

ART. 28. — Les membres honoraires ne sont soumis ni aux droits d'entrée, ni à la cotisation annuelle.

ART. 29. — Tout membre qui n'aura pas acquitté le montant de sa cotisation annuelle six mois après en avoir été mis en demeure par le Trésorier, recevra successivement deux avertissements officiels signés par le Président. Si ces avertissements restent sans effet, il sera déclaré démissionnaire et perdra de ce fait ses droits à la propriété des objets ou valeurs appartenant à la Société.

ART. 30. — Les recettes provenant de la vente des publications de la Société seront encaissées par le Trésorier.

ART. 31. — Les frais de publication des Bulletins, de Bureau d'administration, de location de la salle des séances, etc., etc., seront acquittés par le Trésorier sur le visa du Président ou d'un des Vice-Présidents.

PUBLICATIONS

ART. 32. — Le Bureau remplissant les fonctions de Comité de publication dirige la publication des Bulletins et Mémoires de la Société. Il s'entend avec les auteurs pour les modifications, coupures ou suppressions qui paraissent opportunes.

Ses décisions sont sans appel.

Art. 33. — Les frais de gravures, tableaux et généralement tous les frais de composition supplémentaire qui ne seront pas compris dans les conventions passées avec l'éditeur, seront supportés par les auteurs, à moins que la Société ne décide, sur la proposition du Bureau, de prendre ces frais à sa charge.

DROITS DES MEMBRES

Art. 34. — Tous les membres de la Société, titulaires et honoraires, recevront gratuitement les publications de la Société.

Les membres correspondants sont tenus de s'abonner aux Bulletins et Mémoires moyennant le prix de 8 francs par an.

Art. 35. — Les membres correspondants qui assistent à une réunion ont voix consultative dans les délibérations.

Art. 36. — Les membres titulaires seuls ont droit à la propriété des valeurs ou objets appartenant à la Société.

ÉLECTIONS

Art. 37. — Les élections du Bureau ont lieu dans la première séance annuelle de la Société.

Art. 38. — Dans cette même séance sont nommées les Commissions chargées de faire des rapports sur les titres des candidats et de dresser la liste de présentation.

Art. 39. — Le rapport est lu devant le Bureau réuni en Comité secret et discuté séance tenante.

Le vote a lieu publiquement dans la séance suivante, et n'est valable que si douze membres titulaires au moins y prennent part.

Art. 40. — Les Statuts et Règlement ainsi que la liste des membres de la Société sont publiés chaque année en tête des Bulletins et Mémoires.

REVISION DU RÈGLEMENT

Art. 41. — Toute proposition tendant à modifier le Règlement devra être signée par quinze membres, déposée sur le bureau, renvoyée à une Commission de cinq membres. Le rapport sera lu et discuté en Comité secret avant l'ouverture de la séance suivante. Le vote aura lieu après la clôture de la discussion et la proposition ne sera adoptée que si elle réunit les deux tiers des membres présents.

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE

D'OTOLOGIE, DE LARYNGOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

Séance du 2 mai 1892.

La session est ouverte sous la présidence du Dr MOURE qui, au nom du Comité composé de MM. Charazac, Garel, Joal, Joly, Lacoarret, Lannois, Lavrand, Moure, Noquet, Rougier, Wagnier, propose d'apporter différentes modifications aux Statuts et Règlement de la Société. Lecture est donnée du projet élaboré par le Comité; chaque article est discuté et voté séparément.

Les Statuts et Règlement, publiés en tête des bulletins, sont adoptés à l'unanimité des membres présents.

Il est procédé à l'élection du Bureau.

Sont nommés au premier tour de scrutin, pour l'année 1892 : MM. Miot, président; Garel, Cartaz, vice-présidents; Cadier, trésorier; Joal, secrétaire général; Charazac, secrétaire des séances.

M. MIOT témoigne sa vive gratitude à ses confrères qui l'ont élevé à la présidence, et déclare que la Société Française peut compter sur son entier dévouement.

La parole est donnée à M. le Dr GAREL pour la communication suivante :

DEUX CAS DE LUPUS DU LARYNX, L'UN PRIMITIF, L'AUTRE SECONDAIRE

Par M. **GAREL** (de Lyon).

De par son origine embryogénique, le larynx n'échappe pas à l'envahissement du lupus. Il suffit de parcourir les statistiques de Holm, de Browne, de Chiari, d'Haslund, de Marty, pour voir que l'extension au larynx n'est pas aussi rare qu'on le croyait de prime abord. La rareté, en effet, n'est qu'apparente ; souvent le lupus passe inaperçu parce qu'il ne s'étend pas jusqu'aux cordes vocales. La voix n'étant pas altérée, on ne songe pas à examiner le larynx et cette complication reste ignorée. Mais si l'on pratiquait méthodiquement l'examen du larynx des malades atteints de lupus cutané, on verrait que cette complication est relativement fréquente ; d'après Middlemass (1889), la proportionnalité serait de 20 0/0 environ.

Le diagnostic du lupus du larynx survenant chez un malade atteint de lupus cutané est relativement facile. Le doute n'est guère possible également lorqu'on voit le larynx envahi à la suite d'un lupus siégeant d'abord sur la muqueuse buccale ou nasale.

Mais à côté de ces deux formes de lupus secondaire à distance ou par propagation directe, il existe une forme beaucoup plus rare : je veux parler du lupus primitif. Dans ce cas, le diagnostic est basé uniquement sur l'examen direct du larynx ou sur l'examen histologique des fragments que l'on a pu extraire.

Marty, dans son excellente thèse soutenue à Paris en 1888, n'a pu réunir que cinq cas de lupus primitif du larynx. Ces cinq cas ont été observés par Ziemssen, Isambert, Haslund, Obertüschen et von Breda. Dans le cas d'Obertüschen seul, le lupus apparut ultérieurement sur le nez, ce qui rendait le diagnostic incontestable. Je ne sache pas que l'examen microscopique de fragments enlevés ait été pratiqué dans aucune de ces observations.

Depuis 1888, époque à laquelle Marty publia sa thèse, de nombreuses observations de lupus du larynx ont été signalées, mais la plupart ne sont pas à proprement parler des lupus primitifs. Il s'agit le plus souvent de lupus primitif des muqueuses nasale, buccale ou pharyngée. Si le larynx est envahi, il l'est concurremment avec la muqueuse de la gorge, du voile du palais, de la bouche ou du nez. Ce sont des lupus primitifs des muqueuses, sans extension à la peau. Ou bien, si la peau est envahie, elle l'est ultérieurement et vient par conséquent donner la signature au diagnostic primitivement porté sur la simple lésion des muqueuses. Je puis citer, dans cet ordre d'idées, les observations d'Orwin, de Moussous, etc. Mon excellent confrère le Dr Luc a publié en 1888 une observation très intéressante de lupus de cette nature sans extension cutanée.

Middlemass (de Liverpool) a consacré aussi quelques pages intéressantes à ce sujet dans le *Journal of Laryngology*, septembre 1889. En 1889, Raulin a également étudié d'une façon très complète le lupus primitif de la muqueuse nasale.

Tous ces faits confirment donc l'opinion de Breda (de Padoue) (1888) ; cet auteur, dans un excellent travail sur le lupus des muqueuses, admet, en effet, que le lupus primitif des muqueuses est assez fréquent et que la peau n'est souvent envahie que d'une façon secondaire.

Mais, je le répète, le lupus primitif du larynx, n'existant que sur cet organe seul, est un accident beaucoup plus rare, et, depuis la thèse de Marty, je n'ai trouvé qu'un seul fait. C'est celui de Garré publié sous ce titre : *Lupus de l'entrée du larynx; ablation par la pharyngotomie sous-hyoïdienne* (*Beitræge zur kl. Ch.*, von Bruns, 1890).

Cette observation est assez importante pour mériter d'être résumée ; en quelques lignes la voici :

Femme de vingt-huit ans; végétation d'apparence papillomateuse occupant le côté gauche de la base de la langue et le côté correspondant de l'épiglotte. Santé générale parfaite. Echec complet d'un traitement

antisyphilitique prolongé et de tous les traitements usités contre la tuberculose.

Pour des motifs qui nous sont inconnus, une opération radicale fut décidée. Trachéotomie préalable avec la canule-tampon de Trendelenburg. Puis, après avoir incisé la peau sous le bord inférieur de l'os hyoïde, on fit l'ablation de l'épiglotte, des replis ary-épiglottiques, des cartilages de Wrisberg et des aryténoïdes. On excisa même les piliers antérieurs du voile du palais, ce qui ferait supposer que le lupus n'était peut-être pas si étroitement localisé au larynx.

La malade guérit bien.

L'examen histologique des fragments enlevés révéla des lésions identiques à celles décrites par Virchow, Unna et Eppinger comme spéciales au lupus.

C'était donc bien un véritable lupus primitif du larynx.

Dans mon cas, il s'agit d'une jeune malade qui présente également tous les caractères d'un lupus primitif du larynx. Voici son histoire complète. Elle est, je crois, intéressante :

Observation I. — *Lupus primitif du larynx.* — Mlle D..., âgée de vingt-deux ans, de Civrieux (Ain), se présente à ma consultation gratuite de l'hôpital de la Croix-Rousse, le 12 février 1891, pour un enrouement déjà ancien. Cette jeune fille appartient à une famille aisée de la campagne, elle n'exerce aucune profession.

Son état général est excellent. La fraîcheur de son teint dénote une santé parfaite. Dans sa famille nous ne trouvons pas la moindre trace de tuberculose ni d'affection cutanée. Dans son enfance, elle n'a eu aucune lésion scrofuleuse importante ; jamais on n'a constaté chez elle d'engorgement des ganglions du cou. Elle nous signale seulement un peu de conjonctivite. Elle n'avait jamais eu d'affection du larynx ni aucune lésion de la peau.

Il y a un an, au printemps de l'année 1890, elle commença à tousser. Elle éprouvait des picotements à la gorge et crachait passablement. Mais elle prétend qu'il s'agissait d'une expectoration muqueuse et nullement purulente. Ces symptômes durèrent deux mois environ. A cette époque elle n'eut pas d'hémoptysie, mais depuis lors elle a, à plusieurs reprises, rejeté quelques crachats striés de sang.

Les symptômes s'amendèrent, mais, en même temps, la voix s'altéra de plus en plus et l'enrouement devint définitif. Par contre,

la toux cessa d'être fréquente et ne reparut qu'à de rares intervalles.

Pendant cette première phase de début de la maladie, la malade conserva un appétit régulier. Il n'y eut pas le moindre amaigrissement. Elle n'a pas eu de fièvre le soir, pas de sueurs nocturnes, pas de diarrhée.

L'affection durait donc depuis un an lorsqu'elle se présenta à la cousultation de l'hôpital. Elle se plaignait alors d'une toux légère pe u fréquente, sans expectoration. Elle ressentait quelques chatouillements ou picotements dans la gorge. La voix était légèrement enrouée. La déglutition était facile et se faisait sans douleur. Elle accusait une sensation de gène sous-sternale. La respiration était libre, mais elle disait éprouver un peu d'oppression au moindre refroidissement. L'auscultation des poumons fut pratiquée avec le plus grand soin et ne décela aucune lésion du parenchyme pulmonaire.

A l'examen laryngoscopique, je trouve une épiglotte volumineuse, pâle, grisâtre, à surface irrégulièrement mamelonnée, munie, à la partie médiane de son bord libre, d'un nodule plus saillant de la grosseur d'un petit pois. Les replis ary-épiglottiques, au lieu d'être minces comme à l'état normal, sont également volumineux, plus ou moins cylindriques, et forment ainsi avec l'épiglotte une sorte de couronne complète terminant la partie supérieure du larynx. Ces replis présentent aussi une surface légèrement mamelonnée d'une teinte gris pâle. Les bandes ventriculaires sont boursouflées, également mamelonnées, masquant en grande partie les cordes inférieures. Celles-ci d'ailleurs sont un peu rouges et leur bord libre est légèrement irrégulier et imparfaitement linéaire. Un bourgeon grisâtre interaryténoïdien complète pour ainsi dire cette espèce de couronne épaissie que nous avons signalée plus haut.

En présence de l'état général parfait de la malade, vu l'absence de lésions pulmonaires, en tenant compte de la teinte pâle de la lésion, je songe de suite à la possibilité d'une lésion lupeuse du larynx. Mais comme le diagnostic demandait vérification, je m'empresse de pratiquer l'ablation à l'anse galvanocaustique du bourgeon saillant de l'épiglotte. Sans la moindre peine, je parviens à extraire ce nodule et je le confie à M. Lacroix, au laboratoire d'histologie de la Faculté. Bien entendu, je remets la pièce sans faire connaître le diagnostic que j'avais porté. Quelques jours après, on me fit parvenir une préparation microscopique avec le diagnostic précis de lupus.

Après avoir pratiqué l'examen laryngoscopique, je m'empresse d'examiner plus complètement la malade pour voir si elle présentait d'autres lésions analogues dans d'autres régions. Il n'existait aucune

altération buccale, pharyngée ou nasale. La face était indemne. En interrogeant la malade, elle me montra alors sur l'avant-bras droit une petite lésion cutanée toute récente ressemblant à deux ou trois points de *psoriasis guttata.* C'étaient de petits nodules peu saillants recouverts d'un épithélium desquamé blanchâtre. Mais cette lésion était très récente alors que la lésion laryngée remontait à un an. D'ailleurs, il était difficile d'affirmer qu'il s'agissait là d'une lésion lupeuse cutanée.

La malade est en traitement depuis un an, mais à cause de sa résidence éloignée, elle ne se présente à la clinique qu'à de rares intervalles. J'ai institué un traitement général tonique surtout, et à plusieurs reprises j'ai prescrit de la liqueur de Fowler. Comme traitement local, j'ai pratiqué des cautérisations avec l'acide lactique à 80 pour 100 et, plus rarement, j'ai fait quelques cautérisations au galvanocautère sur les points les plus volumineux de l'épiglotte. L'ablation du nodule principal à l'anse galvanocaustique a procuré une certaine amélioration à la malade. Le larynx dans son ensemble a meilleur aspect actuellement, mais la guérison est loin d'être obtenue. La voix s'est bien améliorée et les cordes vocales inférieures sont plus régulières qu'au début. Il existe quelques ganglions des deux côtés de l'angle de la mâchoire.

Depuis, bien que l'état général paraisse parfait, l'appétit est considérablement diminué, la malade a pris une légère bronchite, mais l'auscultation ne révèle pas l'existence de lésions pulmonaires. Trois fois en quinze jours, elle a eu des crises d'étouffement se terminant par l'expuition de mucosités. L'examen laryngoscopique pratiqué à cette époque provoque même l'une de ces crises avec du spasme laryngé. Aujourd'hui la petite ulcération cutanée de l'avant-bras a totalement disparu, sans avoir été l'objet du moindre traitement.

Cette observation me paraît concluante. Rien ne permet de songer à la phtisie laryngée ordinaire. La lésion n'en a ni l'aspect, ni la couleur. Je vois la malade depuis trop longtemps pour hésiter un instant à la classer dans le lupus laryngé primitif. La marche de l'affection ne rappelle en rien celle de la tuberculose vulgaire.

J'insiste sur l'absence de lésions cutanées. Il y avait bien, sur l'avant-bras, une petite lésion ; mais outre qu'elle était de nature très douteuse, elle ne s'était produite qu'un an

après l'apparition des premiers troubles du côté du larynx.

On pourrait, sans doute, contester malgré tout, le diagnostic de lupus, mais j'ai eu le bonheur de pouvoir extraire un fragment de l'épiglotte. J'ai alors confié la pièce à M. Lacroix, préparateur de M. le prof. Renaut, et je ne puis mieux faire que de reproduire la note qu'il a bien voulu me transmettre :

« On peut affirmer qu'il s'agit d'un lupus du larynx, lésion qui ne peut être confondue avec la tuberculose vulgaire du larynx, l'ulcère tuberculeux laryngé; je laisse de côté, bien entendu, la tuberculose miliaire du larynx.

» Le lupus n'étant qu'un cas particulier de la tuberculose de la peau et des muqueuses, nous retrouvons dans nos coupes le nodule tuberculeux typique, avec sa ou ses cellules géantes centrales, la zone épithélioïde et la zone embryonnaire périphérique. Comme dans toute lésion tuberculeuse qui évolue lentement, le nodule est entouré d'une atmosphère de tissu réticulé, édification des globules blancs. Jusqu'ici, rien de spécial qui puisse nous permettre d'affirmer franchement que nous avons affaire à du lupus plutôt qu'à de la tuberculose vulgaire. La présence de cette atmosphère de tissu réticulé autour des nodules, donnée comme caractéristique du nodule lupeux par Colomiatti, ne peut nous servir d'élément de diagnostic, puisque Champeil, et après lui Chandelux et Larroque, ont démontré que dans toute tuberculose à évolution très lente, on peut retrouver semblable tissu réticulé.

» Nous devons puiser l'élément principal de notre diagnostic dans l'étude de l'évolution générale de la lésion. Pour cela il faut considérer dans les coupes les portions centrales.

» A la périphérie nous trouvons les nodules lupeux de formation récente à tous les stades ; autour d'eux l'inflammation intercalaire n'a point encore pris ses caractères définitifs ; c'est la zone d'extension de la lésion. Les tendances dégénératives et fibro-formatives se balancent.

» Au centre, l'aspect change, l'évolution fibro-formative

prend le pas ; l'inflammation intercalaire évolue rapidement vers le type fibreux adulte, tendant ainsi à restreindre le processus tuberculeux. Le fait est encore plus net au point où la tumeur était ulcérée. Ici nous avons un élément de diagnostic capital.

» Nous laisserons de côté les couches épidermiques qui présentent une légère solution de continuité, comblée par un exsudat granuleux concrété, et nous ne considérerons que le fond de l'ulcération. Au lieu de trouver des masses caséeuses en voie de désintégration moléculaire, nous voyons que le fond de l'ulcère est formé par des bourgeons conjonctifs en voie de transformation fibreuse ; certains points même ont déjà l'aspect d'un tissu fibreux adulte, dense, tel que celui d'une cicatrice. Que s'est-il donc passé ? Vraisemblablement un des gros nodules lupeux de la surface, devenu extrêmement caséeux après chute des couches épidermiques, s'est vidé au dehors ; mais bientôt des bourgeons charnus sont venus combler la perte de substance, et, en vertu de leur tendance évolutive, ont donné naissance à ce tissu de cicatrice.

» Nous sommes donc en présence d'une lésion extensive par sa périphérie, mais subissant à son centre un processus de cicatrisation spontanée par évolution vers le type fibreux. C'est bien là la vraie caractéristique des productions lupeuses.

» Dans la tuberculose laryngée vulgaire, trouvons-nous rien de semblable ? C'est le type dégénératif qui domine la scène ; l'ulcération, progressivement envahissante par nécrose moléculaire des parties successivement atteintes, n'a aucune tendance à se cicatriser spontanément. Les points les plus profonds, cartilages par exemple, sont mis à nu, sans que l'on trouve dans le fond de l'ulcère le moindre point cicatriciel. Nodules et inflammation intercalaire subissent lentement l'évolution caséuse ; le processus fibroformatif est relégué au second plan quand il ne manque pas complètement. »

La description ci-dessus, on le voit, est absolument

confirmative et précise le diagnostic de lupus du larynx, L'aspect purement clinique est tout à fait caractéristique et ressemble en tout point à celui d'une deuxième observation de lupus secondaire que voici :

Obs. II. — *Lupus secondaire du larynx.* — Marie E..., dix-sept ans, domestique, entre à l'hôpital de la Croix-Rousse le 16 décembre 1891, dans le service de mon collègue et ami le Dr Audry.

Elle est fille unique ; son père et sa mère sont bien portants. Il n'y a pas eu de lupus dans la famille. Une de ses tantes est morte d'une affection tuberculeuse.

A l'âge de sept ans, elle a eu un ganglion suppuré sous le maxillaire du côté droit. On aperçoit à ce niveau une cicatrice très apparente. Elle jouit ordinairement d'une bonne santé. Elle n'est pas sujette à s'enrhumer. En février 1891 elle a eu une variole bénigne.

Il y a deux ans, au mois de février, survint, sur la joue gauche, une première plaque de lupus de la dimension d'une pièce d'un franc. Elle fut traitée à l'hospice de l'Antiquaille au moyen de la curette et du thermocautère. On fit deux séances de scarifications ; elle fut en outre cautérisée quatre fois après raclage. Le traitement dura deux mois, mais il ne fut institué que quatorze mois après le début de l'affection.

Pendant le séjour à l'Antiquaille, la malade présenta encore un petit nodule en dehors de la commissure labiale droite, puis une plaque de la dimension d'une pièce de vingt sous sur la fesse droite. Ces deux plaques ont subi le même traitement et ont guéri comme la première.

En décembre 1890, c'est-à-dire dix mois après l'apparition de la première plaque, quelques troubles se produisirent du côté du larynx. La voix s'altéra progressivement. La malade attribua alors son extinction de voix à un refroidissement après une course. Mais il est certain qu'il s'agissait du début du lupus dans le larynx.

A son entrée à l'hôpital, la malade ne présente plus sur la joue gauche qu'une plaque cicatricielle luisante et rayonnée à bords réguliers. Elle ne souffre pas de la gorge ; la déglutition est normale. Elle tousse un peu, mais ne peut préciser à quel moment la toux est survenue. Elle a une voix très altérée et elle affirme que l'altération de la voix a précédé la toux. La toux est rare et provoquée par une sensation de picotement au niveau de la gorge. Elle peut d'ailleurs facilement résister au besoin de tousser. La pression sur le larynx n'est pas douloureuse; mais il y a quelques douleurs spontanées

autour et en avant de l'oreille droite. Sous l'angle de la mâchoire du même côté on sent rouler quelques ganglions assez volumineux.

Les lèvres sont épaissies. Dans l'enfance, en effet, cette jeune fille a eu fréquemment du coryza, des croûtes autour des commissures labiales. Elle avait aussi du larmoiement, de la photophobie, ainsi que de la rougeur des yeux pendant trois étés consécutifs. Les incisives ont un bord concave qui rappelle un peu la forme en V signalée par Hutchinson.

Elle n'a jamais eu d'hémoptysies. Elle ne crache pas. Du côté du poumon on ne trouve rien qui permette de soupçonner une invasion tuberculeuse. On a à signaler quelques sueurs la nuit, mais ce symptôme a peu de valeur, vu l'embonpoint notable de la malade.

L'examen laryngoscopique dénote une lésion de forme intéressante. Il s'agit d'un véritable hémilupus laryngé. En effet, le côté gauche du larynx est absolument indemne. La lésion siégeant sur le côté droit ne dépasse pas la ligne médiane. Du côté droit, l'épiglotte est tuméfiée et surmontée d'un véritable nodule pâle assez saillant. La bande ventriculaire droite est tuméfiée et son bord, convexe en dedans, empiète sur la corde vocale qu'elle masque à peu près complètement. Elle est également pâle à surface mamelonnée. Quant à la corde vocale inférieure, elle présente un bord légèrement sinueux qui explique bien l'altération vocale. L'éminence aryténoïde droite participe également à la tuméfaction, mais dans une légère proportion.

Aussitôt après l'entrée de la malade à l'hôpital, je pratique l'ablation du bourgeon épiglottique avec l'anse galvanocaustique. Au bout de deux ou trois jours, la malade prend un érysipèle de la face. Comme la malade n'était pas dans mon service, je n'ai connu l'existence de cette complication que lorsqu'elle était guérie, et je n'ai pu pratiquer l'examen laryngoscopique dans le cours de l'érysipèle.

Lorsque je revis la malade, la plaie épiglottique due à l'ablation du nodule était bien cicatrisée et l'épiglotte avait un aspect plus symétrique. A partir de l'érysipèle, la voix s'est améliorée progressivement. On a bien soumis le larynx à des badigeonnages à l'acide lactique, mais je ne suis pas éloigné de croire que l'érysipèle a joué ici un rôle favorable.

Actuellement la malade est encore en traitement; son larynx est encore altéré, mais il est passablement amélioré. La voix est d'ailleurs beaucoup moins rauque. J'ai exploré minutieusement la bouche, le nez et le naso-pharynx, et je n'ai trouvé nulle part la moindre trace de lupus.

Le nodule enlevé à l'épiglotte a été égaré malheureusement; il

m'est donc impossible de m'appuyer ici sur une vérification microscopique; mais ce point a moins d'importance, puisque nous sommes en présence d'un lupus secondaire du larynx.

Mais, dans le premier cas, l'absence de toute lésion lupeuse de la peau ou des muqueuses voisines rend l'appréciation de la lésion laryngée beaucoup plus difficile. Aussi ai-je été très heureux de pouvoir fournir à l'appui de mon diagnostic les preuves les plus évidentes tirées de l'examen histologique de la lésion. Je regrette vivement que la pièce extraite du larynx de ma deuxième malade ait été perdue, car j'aurais pu comparer la composition histologique de la lésion dans les deux cas. La similitude des lésions eût été une preuve de plus en faveur du diagnostic de lupus.

Dans mon second cas, la nature secondaire du lupus laryngé est évidente, puisque le larynx n'a été envahi que dix mois après l'apparition de la première lésion de la peau.

La particularité la plus importante dans ce cas, c'est l'amélioration qui a suivi l'érysipèle de la face. C'est d'ailleurs un fait qu'une poussée érysipélateuse imprime le plus souvent une marche favorable au lupus préexistant. J'ignore si le larynx a été envahi dans le cours de l'érysipèle, mais je puis affirmer que l'amélioration a suivi immédiatement l'apparition de cette complication.

DISCUSSION

M. Moure. — Comme mon confrère M. Garel, je considère le lupus primitif du larynx comme une affection très rare. C'est à ce titre que j'ai fait communiquer récemment à la Société d'Anatomie de Bordeaux par mon aide de clinique M. le Dr Beausoleil un cas de ce genre. Il s'agissait d'une fillette de quinze ans que j'avais en traitement depuis quelques années et qui présentait un exemple typique de lupus du larynx. L'ablation d'un bourgeon avec la curette démontra l'existence d'une dégénérescence épithéliale de la tumeur lupique, dont les coupes furent montrées à la Société par M. Sabrazès, interne des hôpitaux de Bordeaux. Comme l'a dit M. Arnozan, à propos de cette communication, il s'agissait vraisemblablement dans ce cas d'une dégénérescence

consécutive aux cautérisations galvaniques, analogue à celles que l'on trouve pour le lupus de la peau. La malade que je vois toujours va relativement très bien.

M. Garel. — Je suis heureux de voir mon opinion relative à la rareté du lupus primitif du larynx partagée par M. Moure. Aussi je n'ai pas besoin de faire ressortir l'intérêt de ma première observation, dans laquelle le diagnostic a été basé non seulement sur l'aspect de la région qui était caractéristique, mais encore sur l'examen microscopique pratiqué dans d'excellentes conditions par un de nos meilleurs préparateurs de la Faculté de Lyon. Il n'y a donc point de doute que ce fut là véritablement un cas de lupus primitif du larynx, sans extension à la peau.

Par contre, le second fait a trait à un cas de lupus secondaire survenant après une lésion cutanée. On n'en compte plus aujourd'hui les observations. Inutile donc d'insister sur ce second malade.

DU GRATTAGE DU ROCHER DANS L'OTORRHÉE CHRONIQUE

Par le Dr **GARRIGOU-DESARÈNES** (de Paris).

Si l'on arrive facilement à la guérison d'un grand nombre d'écoulements purulents ou séreux de l'oreille, principalement lorsque les malades viennent nous consulter au début ou dans un temps peu éloigné du début de la maladie, la médecine se trouve parfois en présence de suppurations anciennes des parties profondes du rocher, contre lesquelles la plupart des moyens viennent échouer.

Depuis bientôt trente ans que je m'occupe des affections des oreilles, j'ai pratiqué une soixantaine de trépanations de l'apophyse mastoïde. J'ai remarqué que dans un grand nombre de circonstances nécessitant cette opération, se trouvaient des suppurations intarissables, souvent accompagnées de caries plus ou moins étendues des parois de la caisse ou des cellules mastoïdiennes. J'ai remarqué, dis-je, que malgré les lavages et les soins consécutifs, la guérison n'était obtenue qu'après un temps relativement long.

J'ai songé, dans deux trépanations pratiquées dans ces dernières années, à ajouter à l'ouverture de l'apophyse mastoïde, les tympans étant largement perforés par la maladie, le grattage à l'acide d'une petite curette, non seulement dans l'os mastoïdien mais encore des parties malades de la caisse. A ma grande satisfaction la guérison est survenue très rapidement et j'ai pu, au bout de très peu de temps, voir l'otorrhée complètement tarie, retirer la canule placée dans l'apophyse mastoïde et laisser se cicatriser la plaie du rocher.

Guidé par ce résultat, j'ai résolu, s'il se présentait à moi des otorrhées très anciennes et demeurées rebelles à tous les traitements, d'avoir recours au grattage de la caisse avec un pansement consécutif. Sur trois malades ainsi traités, j'ai obtenu la guérison complète d'écoulements purulents, et cela dans un temps très court.

Observation I. — Mlle X..., âgée de seize ans.

L'otorrhée datait de l'enfance; ses parents m'affirment que depuis l'âge de deux ans, l'oreille droite a donné du pus. Appartenant à une famille aisée, elle avait toujours été soignée.

Les parents sont bien portants. Elle a eu un frère qui est mort au régiment il y a deux ans, à la suite d'accidents tuberculeux. Cette jeune fille est forte, gaie, très vive; l'auscultation et la percussion ne laissent constater aucun désordre du côté des poumons ni du côté du cœur.

Quand on me la présente, l'oreille est remplie d'un pus un peu séreux. Après un lavage avec de l'eau contenant 3 pour 100 d'acide borique, je constate ce qui suit :

Le conduit auditif est rouge, mais on y voit à peine quelques petites granulations. Du reste, elle a été soignée avec beaucoup d'intelligence, à l'aide d'injections antiseptiques et astringentes. Le tympan est largement détruit. Il reste une zone tympanique formant croissant en arrière.

La membrane de Schrapnell est en partie détruite; plus de la moitié de la longue branche du marteau a disparu; l'étrier est en place. L'audition n'est pas complètement abolie.

La surface de la muqueuse est rougeâtre, ramollie, formant quelques petits îlots de végétations, dans la rainure de l'os en haut, ou de

l'attique externe, puis en avant et en bas de la caisse. Avec le stylet, je sens l'os dénudé et malade, à la partie antérieure du promontoire et sur la marge tympanique à sa partie supérieure.

Il n'y a pas de tumeurs de mauvaise nature, celles-ci provoquant des douleurs fréquentes dans l'oreille et de plus saignant très facilement, sauf quelques tumeurs carcinomateuses.

Cette jeune fille me dit ne pas souffrir et l'on n'a jamais remarqué chez elle d'hémorragies de l'oreille.

La malade ayant déjà été traitée inutilement par les injections boriquées, les instillations et les cautérisations au nitrate d'argent et à l'acide chromique, je propose le grattage de la caisse, que la famille accepte.

Mon chef de clinique, M. Maurel, interne des hôpitaux (3e année), a donné le chloroforme.

Le 8 décembre 1891, l'oreille étant parfaitement éclairée et bien lavée avec une solution à 1 pour 1000 de bichlorure d'hydrargyre, j'ai glissé dans la caisse mon petit grattoir, dont le manche a 15 centimètres de longueur et l'extrémité, formant une petite cuiller, mesure 1 centimètre de long sur 1 millimètre et demi de large.

J'ai porté mon instrument dans presque toutes les parties de la caisse en évitant l'étrier ainsi que la fenêtre ronde. L'opération doit être faite avec une grande douceur, afin de ne pas blesser soit le nerf facial, soit la carotide, séparés de la caisse par de minces lames osseuses, ainsi que la veine jugulaire et le cerveau.

Une fois toutes les petites granulations enlevées par le grattage, je fais un nouveau lavage aseptique et le pansement. Celui-ci consiste en de petites boulettes de ouate hydrophile attachées à des fils de soie et trempées dans de l'iodoforme finement pulvérisé.

J'ai laissé le pansement sans y toucher pendant cinq jours. Ensuite j'ai remplacé mes tampons par de la poudre d'iodoforme insufflée avec mon petit insufflateur. L'écoulement n'a plus reparu depuis l'opération que d'une façon presque insignifiante pendant vingt-deux jours, et à partir de là il n'y a plus eu de suppuration. La jeune opérée se porte dans la perfection et n'a accusé aucune douleur dans l'oreille ni dans la partie correspondante du crâne.

Obs. II. — Le second cas concerne une autre jeune personne de dix-neuf ans, également atteinte d'un écoulement de l'oreille datant de douze ans.

Cette jeune fille a été très bien soignée, mais l'otorrhée a toujours résisté à tous les traitements.

Elle a souvent toussé ; elle a la peau fine, délicate, elle est un peu ymphatique; il n'y a rien cependant du côté des poumons. J'ai trouvé chez elle une large perforation tympanique.

Le fond de la caisse est également couvert de granulations; la chaîne des osselets n'occupe plus sa position normale; le manche du marteau est porté presque horizontalement en dedans.

Il y a de nombreuses granulations, petites, peu saignantes, et je trouve avec le stylet l'os dénudé en bas et en arrière, un peu au-dessous de la fenêtre ovale.

Je fais l'opération avec le concours du Dr Miroplolsky, médecin de la malade, qui a l'obligeance de donner le chloroforme, le 15 décembre 1891.

Les pansements ont été les mêmes que pour la malade dont l'observation précède.

L'écoulement a cessé et n'a plus reparu.

Obs. III. — Le troisième cas est relatif à une dame d'une quarantaine d'années, ayant eu depuis huit ans de l'écoulement d'une oreille, avec présence d'exostoses du conduit auditif externe.

Ayant fait endormir la malade par M. Maurel, qui lui-même m'a souvent remplacé pour les soins consécutifs donnés à cette dame, j'ai fait l'opération à la maison de santé des sœurs de la rue Oudinot.

J'ai d'abord, avec la gouge et le maillet, enlevé les exostoses du conduit auditif externe ; puis ayant constaté que le tympan était ouvert et qu'il y avait des granulations dans la caisse, sans carie du rocher, j'ai gratté ces végétations.

Les pansements ont toujours été les mêmes.

Cette malade, opérée il y a plus d'un an, va très bien et l'oreille ne coule plus du tout.

L'audition est assez bien conservée du côté opéré.

Gruber et Politzer ont déjà eu recours au grattage dans es végétations de l'attique externe avec perforation de la membrane de Schrapnell. Bezold (de Munich) la conseille dans le traitement du choléstéatome. Je pense que ce procédé pourra donner souvent des succès dans le traitement des otorrhées chroniques avec végétations et lésions osseuses de la caisse.

Mais lorsque l'inflammation s'étendra du côté des cellules

mastoïdiennes, on devra joindre la trépanation de l'apophyse au grattage de la caisse.

DISCUSSION

M. Ferdinand Suarez de Mendoza (d'Angers). — J'ai eu trois fois l'occasion de faire le grattage de la caisse contre des suppurations chroniques qui, pendant des années entières, avaient résisté aux divers traitements ordinairement employés (ablation des granulations, cautérisations galvaniques, cathétérisme, injections boriquées, etc.).

Une malade que je suivais depuis trois ans avait eu à plusieurs reprises des végétations polypeuses que j'avais détruites par le galvanocautère. Néanmoins la suppuration persistait toujours; elle était peu abondante, mais occasionnait une odeur caractéristique dès que les soins de propreté étaient un peu négligés. La malade désirait à tout prix être débarrassée de son écoulement.

Après avoir fait deux séances de grattage avec la curette tranchante et avoir reconnu l'insuffisance de ce procédé, je me décidai à employer la machine de White. Je fis allonger la tige d'une fraise à l'usage des dentistes, et je pus pratiquer avec une extrême facilité le grattage complet de la logette. Trois semaines après, ma malade était complètement guérie.

Depuis lors, j'ai obtenu le même succès dans deux cas semblables; et je compte publier un jour ces observations, dès que j'aurai pu réunir un plus grand nombre de faits.

M. Garrigou-Désarènes. — Je félicite M. Suarez de ses beaux résultats; et malgré cela, j'hésiterai toujours à abandonner la curette, et à me servir d'un appareil que l'on fait marcher avec le pied, comme la machine de White. L'opération est trop délicate pour ne pas avoir à chaque instant la possibilité de diriger l'instrument avec la main, en se servant du meilleur éclairage possible de l'oreille. J'aurais toujours peur d'enlever l'étrier et de faire communiquer la fenêtre ovale avec la caisse.

M. Suarez de Mendoza. — Théoriquement je comprends que l'on soit effrayé de la puissance d'action de la machine à fraises. Mais lorsque l'on s'est quelque peu servi de l'instrument, on est vite convaincu qu'il permet d'agir avec bien plus de douceur que ne le fait la curette sur laquelle il faut toujours opérer une légère pression.

J'ai en ma possession une machine de White depuis douze ans, et avant de m'en servir, je tins à faire des expériences. Je pris des morceaux de temporaux, et après les avoir fixés, je vis qu'il était

possible en faisant tourner l'instrument de faire sur l'os tous les dessins possibles. On peut par ce moyen passer très facilement au-dessus d'un fil et le suivre sans le couper. Essayez de vous servir seulement trois ou quatre fois du tour de White et vous verrez combien il est facile à manier. Vous vous expliquerez pourquoi les dentistes peuvent passer à côté de la pulpe sans la toucher, comme ils le font si souvent.

M. Miot. — M. Désarènes vient de nous dire qu'il pratique le grattage dans les différents points de la caisse.

J'ai agi sur un certain nombre d'otorrhées avec carie, et j'avoue que celles qui occupent la partie inférieure de la caisse sont assez rares ; il n'en est pas de même de la carie des osselets et surtout de la carie de la paroi interne à sa partie supérieure, du côté de la membrane de Schrapnell. Dans ces cas, le grattage peut amener de bons résultats ; je crois qu'il n'en serait pas de même à la partie inférieure du côté de la fenêtre ronde, ni du côté de la paroi mastoïdienne de la caisse. En effet, lorsque la carie occupe la paroi mastoïdienne, il faut effectuer de grandes lésions pour enlever les séquestres, surtout quand les cellules sont prises dans une grande étendue. Je ne pense donc pas qu'on ait très souvent occasion de faire le grattage de ce côté.

Du reste, l'os dénudé, il n'est pas facile de combattre la carie en explorant la caisse comme on le fait dans les parties découvertes. Dire que l'os est carié sans avoir fait l'examen microscopique du pus, c'est s'exposer à se tromper souvent, et d'autant plus que le stylet donne une sensation osseuse, alors même qu'il n'y a pas de carie, quand on le porte sur un des os en partie spongieux, comme cela a lieu du côté de la paroi mastoïdienne.

Par conséquent, avant d'agir sur certaines régions, il vaut mieux dans bien des cas attendre une guérison qui survient plus fréquemment qu'on ne le pense sous l'influence d'un traitement médical.

M. Garrigou-Désarènes. — Si M. Miot estime que l'intervention par le grattage est peu fréquente, je pense au contraire que c'est le meilleur moyen pour guérir beaucoup d'otorrhées chroniques, rebelles à tous les autres traitements; j'ai employé ce procédé même dans les caries situées au-dessous de la fenêtre ronde, près du plancher de la caisse; ces lésions osseuses sont loin d'être rares, et tous les auteurs parlent des dangers que font courir aux malades ces altérations ainsi placées dans le voisinage du golfe de la jugulaire. Je crois donc qu'il faut intervenir chirurgicalement, et ne pas attendre les effets du traitement médical.

Quant à la constatation de la carie, elle est aussi facile à faire dans l'oreille que dans les fistules qui siègent sur un bras ou sur une jambe malades. Il suffit de pratiquer l'exploration avec plus de douceur, et on sent fort bien si l'os est dénudé, s'il y a carie; je crois qu'on ne peut pas ainsi déterminer d'accidents alors même que la muqueuse serait ramollie.

Pour faire l'exploration, je prends une petite boulette d'ouate hydrophile au bout d'un stylet, j'enlève le sang, et j'avance sans tâtonner, et en voyant bien ce que je fais.

J'ai cru devoir citer ces trois observations, non pas qu'elles soient les seules dans lesquelles j'ai pratiqué le grattage, mais parce que dans les autres, j'avais trépané en même temps l'apophyse mastoïdiennes, trépanation nécessaire, si les cellules mastoïdiennes sont atteintes. Nous savons tous, en effet, que lorsqu'on fait une pareille opération on doit isoler toutes les parties qui cèdent sous l'instrument et faire disparaître de la caisse toutes les granulations qui peuvent s'y trouver et entretenir l'otorrhée.

SUR UN NOUVEAU SYMPTOME DES PARALYSIES LARYNGÉES

Par le Dr Ch. **FAUVEL** (de Paris).

Cette communication a pour but d'attirer l'attention de nos collègues sur un phénomène que nous avons observé depuis de longues années, chez la plupart des sujets atteints de paralysie des muscles du larynx. Il s'agit d'une odeur particulière que répand l'air respiré par ces malades.

Ce nouveau signe ne sera pas d'une grande utilité pour les spécialistes, qui au moyen du laryngoscope, constatent directement l'immobilité des cordes vocales; par contre il est susceptible de rendre service aux praticiens qui ne savent pas manier le miroir laryngien. Ce symptôme pourra les mettre sur la voie du diagnostic, et leur faire soupçonner des troubles laryngés d'ordre akinésique, au même titre que l'anthrax, l'angine sèche, l'herpès préputial font penser à un diabète possible.

C'est en 1872, que, pour la première fois, nous avons été

frappé de la valeur séméiologique du phénomène en question et depuis lors, nous avons pu recueillir cinquante observations très concluantes.

Aujourd'hui notre conviction est si profonde, nous avons reconnu la constance de ce signe dans un si grand nombre de cas, que nous ne prenons plus la peine d'enregistrer les faits. Nous nous contentons, chaque fois qu'un malade présente le symptôme indiqué, de le signaler à l'attention de nos élèves. Et les étudiants et confrères qui nous font l'honneur de fréquenter notre clinique ont pu souvent nous voir annoncer que tel sujet était atteint de paralysie laryngée, et cela avant même d'avoir interrogé le malade, avant de lui avoir laissé dire un seul mot.

Nous n'avons pas l'intention de vous communiquer toutes ces observations. Ce serait un travail superflu. Qu'il nous suffise de vous rapporter les deux faits suivants qui sont très probants :

Observation I. — X... est âgé de cinquante-six ans; il vint à la clinique de la rue Guénégaud en mars 1890.

Aussitôt placé devant notre lampe oxhydrique, en lui saisissant la langue, nous sentons une odeur alliacée *sui generis*, et nous annonçons aux élèves que le sujet est probablement affecté de paralysie laryngée.

Nous interrogeons le malade et constatons que sa voix est criarde, bitonale, surtout dans l'émission des sons aigus.

Il nous dit que les troubles de la phonation sont survenus presque *subitement*, il y a environ deux mois.

A l'examen laryngoscopique, nous voyons que la corde vocale gauche reste immobile pendant la phonation, et que les mouvements de la corde droite sont exagérés, en tentant de se rapprocher de la corde malade.

Nous recherchons alors les causes de cette paralysie laryngée.

Pas de troubles cérébraux, aucune lésion de la moelle. L'hystérie ne peut être soupçonnée. Pas de syphilis. Aucune tumeur du cou.

A l'auscultation du poumon aucun bruit anormal. Pas de tuberculose ni d'adénopathie. Mais le malade présente tous les symptômes d'un anévrysme de la crosse de l'aorte.

Il s'agit donc d'une paralysie par compression du récurrent gauche.

Chez ce malade l'odeur alliacée *sui generis* de l'air exhalé ne pouvait être rattachée à aucune autre cause. En effet, pas de diabète. Pas de troubles gastriques, les digestions sont bonnes. Le malade n'est pas soumis au régime lacté.

La dentition est bonne, les gencives sont saines; pas de saturnisme ni d'hydrargyrisme.

Aucun enduit blanchâtre sur les amygdales, pas de concrétions caséiformes.

La paroi pharyngée paraît normale.

Les fosses nasales sont examinées avec soin : aucune croûte, aucune ulcération sur les cornets, dans les méats ou dans le naso-pharynx.

Dans le larynx, aucune altération de la muqueuse; nous recherchons en particulier les symptômes de l'ozène trachéal, mais le résultat est négatif.

Du reste le malade ne crache pas.

Donc il ne saurait non plus être question de bronchite fétide.

En un mot, l'odeur caractéristique de l'haleine ne peut être rattachée qu'à la paralysie de la corde vocale gauche, ou du moins à ses conséquences.

Obs. II. — T... (Jules), comptable, se présente pour la première fois à la clinique, le 21 avril 1892.

Comme antécédents, ce malade a contracté la syphilis à l'âge de vingt-trois ans, à Constantinople; il a suivi pendant quelques mois un traitement mercuriel. Depuis, il a toujours été bien portant, sa voix n'a jamais été altérée.

Au mois de janvier dernier, il a été pris d'une bronchite qui a persisté pendant trois semaines, et a été subitement, du soir au lendemain, affecté d'aphonie, état qui persiste encore.

Les régions sous et sus-thyroïdiennes ne présentent rien d'anormal. A l'examen laryngoscopique on constate une immobilité absolue de la corde vocale gauche; son bord libre est nettement excavé; coloration normale de la muqueuse laryngée. Rien au pharynx, dans le nez, le naso-pharynx, la bouche.

Le malade exhale cependant une odeur alliacée, presque repoussante. L'auscultation de la poitrine ne révèle aucune affection bronchique ou pulmonaire. Mais au niveau de la crosse de l'aorte, signes manifestes d'une dilatation anévrysmale à laquelle il faut rattacher la paralysie de la corde vocale gauche.

Ajoutons que chez ce malade, nous avons fait rechercher comme dans le cas précédent si l'odeur alliacée ne pouvait être mise sur le

compte d'une altération autre que l'akinésie laryngée. La réponse a été négative.

La paralysie laryngée de ces deux sujets était due à une tumeur aortique comprenant le nerf récurrent gauche; c'est là l'origine la plus fréquente de la perte du mouvement des rubans vocaux; la dilatation anévrysmale de l'aorte est la lésion que nous avons rencontrée le plus souvent chez nos malades présentant l'odeur alliacée de l'haleine. Mais le phénomène que nous étudions ne se manifeste pas seulement dans cette seule espèce akinésique au point de vue génésique. Nous avons également perçu l'odeur particulière, dans des cas de paralysie de nature hystérique; dans des faits devant être rattachés à la syphilis, au rhumatisme; dans des formes d'origine centrale, ataxie locomotrice, sclérose en plaques; enfin dans les variétés périphériques, par compression de tumeurs du cou, de ganglions trachéo-bronchiques, de tubercules du sommet.

Voilà du reste une statistique indiquant quelle cause présidait au développement de la paralysie laryngée chez les cinquante malades dont nous avons recueilli les observations. Elle montre la fréquence relative des lésions génératrices.

La paralysie a été produite :

16	fois par	anévrysme de l'aorte.
12	—	hystérie.
6	—	adénopathie trachéo-bronchique.
4	—	tumeurs du cou.
3	—	ataxie locomotrice.
3	—	tuberculose du sommet.
2	—	sclérose en plaques.
2	—	syphilis.
1	—	diphtérie.
1	—	rhumatisme.

Le symptôme est donc constant quelle que soit la cause de la paralysie, à condition que le début des troubles moteurs remonte déjà à quelque temps; car nous avons pu nous assurer chez plusieurs sujets, observés quelques jours

seulement après avoir perdu la voix, que l'haleine ne présentait pas les modifications que nous vous signalons.

Il est important de faire remarquer que dans les cinquante cas que nous avons rassemblés nous avons recherché avec le plus grand soin si l'odeur caractéristique de l'air expiré ne pouvait être produite par une lésion autre que la paralysie laryngée, si elle ne pouvait être déterminée par quelque affection des fosses nasales, du naso-pharynx, de la bouche, du pharynx, du larynx, de la trachée, des bronches, du poumon, de l'estomac, par quelque altération générale de l'organisme.

Chez tous les malades nous avons procédé à un examen attentif des conduits nasaux, et n'avons pas constaté d'ulcération de la pituitaire, de carie osseuse, de corps étranger, de calcul ; aucune apparence de rhinite atrophique, d'empyème du sinus maxillaire. Du reste, des lavages répétés avec des solutions antiseptiques ont été pratiqués et n'ont pas fait disparaître la mauvaise odeur de l'haleine.

L'origine naso-pharyngée du phénomène doit également être écartée : pas de croûtes, pas d'ulcérations dans le naso-pharynx; aucune trace de maladie de Tornwald.

L'état de la bouche a été étudié d'une façon minutieuse; on sait en effet que la mauvaise odeur de l'haleine peut tenir à des gingivites simple, hydrargyrique, saturnine; des hémorragies des gencives occasionnent la stomatodysodie des jeunes filles chlorotiques.

Les stomatites ulcéreuse, scorbutique, ont également été recherchées; nous avons songé aussi à l'influence de dents cariées, d'appareils dentaires défectueux ; mais nous avons dû reconnaître que l'odeur se montrait chez nos malades en dehors de ces différentes causes.

Le pharynx ne pouvait pas plus être incriminé : pas de pharyngite sèche, de mycosis tonsillaire, de produits caséiformes des amygdales; comme pour la bouche et le nez, la cavité pharyngienne a été lavée et désinfectée sans résultat.

Du côté du larynx, aucune lésion tuberculeuse. syphi-

litique, cancéreuse. Dans ces dernières années, nous nous sommes demandé s'il ne s'agissait pas de cet ozène trachéal étudié par Luc en 1888; mais nous n'avons trouvé aucun des signes signalés par notre confrère.

L'auscultation et la percussion de la région thoracique ne nous ont pas permis de nous arrêter à l'idée d'altérations broncho-pulmonaires; il ne saurait être question de gangrène du poumon, d'apoplexie pulmonaire, de dilatation bronchique, de bronchites fétides.

Les sujets ont été naturellement interrogés au point de vue des fonctions digestives; aucun symptôme de dyspepsie, de gastrite, d'entérite; l'alimentation ne pouvait être accusée (régime lacté, choucroute), pas plus que l'abus de l'alcool et du tabac.

L'odeur particulière de l'air expiré ne devait pas en outre être attribuée à l'emploi de certains médicaments : térébenthine, copahu, iodure de potassium.

Enfin les urines de tous nos malades ont été analysées. sans aucune exception car nous savons de longue date que l'haleine spéciale a bien souvent permis de flairer le diabète, de dépister la glycosurie. Mais, de ce côté encore, résultat négatif, pas la moindre trace de sucre dans les urines.

Si bien que nous sommes forcé de rattacher à la paralysie laryngée l'odeur de l'haleine que nous avons observée chez nos cinquante malades.

Et maintenant nous voudrions bien insister sur les caractères propres de cette odeur, mais nous nous trouvons en présence d'une grande difficulté et nous ne saurions la définir avec quelque précision scientifique. Contentons-nous de dire que c'est une *odeur alliacée*, qui sera facilement reconnue par ceux qui l'auront sentie une seule fois. Ajoutons qu'elle n'est pas perçue par le sujet.

Quant au mécanisme de production, nous sommes disposé à l'expliquer de la façon suivante : les muscles laryngés étant paralysés, les sécrétions muqueuses ne sont plus rejetées par les mouvements et contractions des couches musculaires; les mucosités restent stagnantes à la surface du larynx, dans

les cavités ventriculaires; elles se dessèchent en répandant les produits de décomposition. Des recherches microscopiques nous auraient sans doute fourni des résultats plus précis; c'est un champ ouvert aux études de nos jeunes confrères plus familiarisés avec la bactériologie.

Comme traitement, nous conseillons des inhalations faites deux fois par jour, pendant cinq minutes chaque fois, avec le pulvérisateur à vapeur, chargé du liquide suivant :

Eau distillée	500	grammes
Eau de laurier-cerise	50	—
Acide phénique	0,50	—
ou Acide thymique	2	—

En outre, sauf dans le cas de paralysie hystérique, nous administrons l'iodure de potassium à haute dose, longtemps continué avec des intermittences.

Nous obtenons ainsi des guérisons inespérées. Au fur et à mesure que la paralysie diminue, l'odeur alliacée s'atténue également pour disparaître totalement quand la voix a repris son timbre normal.

Nous avons renoncé à l'emploi de l'électrisation qui, dans quelques cas, nous a paru occasionner ou aggraver des accidents du côté du cœur ou de l'aorte.

DISCUSSION

M. Poyet (de Paris). — J'ai moi-même constaté quelquefois la fétidité de l'haleine chez les personnes atteintes de paralysies laryngées, et je l'ai toujours attribuée, comme M. Fauvel, à la fermentation des produits de sécrétion, qui restent stagnants à la surface du larynx ou dans le ventricule, lorsque les muscles sont frappés d'akinésie.

CONSIDÉRATIONS SUR L'OTITE INTERNE SYPHILITIQUE

par le Dr J. CHARAZAC (de Toulouse).

Toutes les parties de l'oreille peuvent être affectées par la syphilis à ses diverses périodes, les lésions les plus fréquentes s'observent à la période secondaire et sont le résultat de l'éclosion de syphilides à l'orifice des trompes ou proviennent de la propagation, à la trompe ou à la caisse, de l'inflammation déterminée dans le pharynx par les plaques muqueuses. Il n'est pas rare non plus de voir à la période tertiaire les ulcérations gommeuses des fosses nasales ou du naso-pharynx se propager à l'orifice tubaire, et déterminer une surdité plus ou moins grave. Les faits de ce genre sont d'ailleurs bien connus, et je n'ai pas l'intention de m'étendre aujourd'hui sur ce sujet.

Le labyrinthe et le nerf acoustique peuvent être atteints par la syphilis aux diverses phases de son évolution, soit primitivement en dehors de toute autre lésion de l'appareil de l'audition, soit secondairement par propagation des affections de l'oreille moyenne à l'oreille interne. Dans ce dernier cas la communication se ferait, d'après Roosa, à la faveur des connexions vasculaires directes qui existent entre les vaisseaux de la caisse et du limaçon. Lorsque l'otite interne est « isolée (1), tantôt le nerf auditif est atteint (Braun), tantôt les troubles sont produits par des lésions osseuses ou congestives des parois labyrinthiques ». Les observations de surdité consécutive à la syphilis du labyrinthe sont assez nombreuses pour qu'on puisse décrire les symptômes principaux et la marche de l'affection. Un des caractères principaux de l'otite interne syphilitique est la rapidité avec laquelle elle se développe. En quelques mois, quelques jours, parfois même brusquement, la surdité s'établit complète ou à peu près complète. Des bourdonnements intenses, des vertiges

(1) Baratoux. « De la syphilis de l'oreille. » *Revue de Laryngologie*, 1886, p. 27.

fréquents et très pénibles accompagnent d'ordinaire la surdité. Celle-ci, cependant, se développe parfois peu à peu pour rester longtemps stationnaire, jusqu'au moment où, pour une cause banale ou sans cause connue, se produit une aggravation subite. En même temps que ces phénomènes se produisent, le malade éprouve assez souvent des troubles oculaires (irido-choroïdite) ; il se plaint de douleurs vives, limitées parfois à la région de l'oreille, mais qui affectent le plus souvent la forme de céphalalgies avec exaspérations vespérales et nocturnes. Le fait avait été observé déjà par A. Paré (1): « Les vérolés vexés de la grosse vérole, perdent l'ouïe par une grande douleur de tête. » La paralysie faciale accompagne souvent l'otite interne syphilitique. Seaton, Seligsohn, etc., en ont rapporté des exemples : « Cette paralysie se produit (2) soit par suite d'une communication du facial avec le tronc de l'acoustique et le premier tour du limaçon (Seligsohn et Buch), soit par suite des rapports internes de l'aqueduc de Fallope avec l'appareil auditif (Braun), ou mieux peut-être par suite d'hypérostose du conduit auditif interne. »

La surdité survient le plus souvent sans cause extérieure connue en dehors de la syphilis ; elle peut se produire parfois cependant à l'occasion d'un refroidissement ou d'un ébranlement même insignifiant du crâne. L'altération de l'ouïe est ordinairement grave et va jusqu'à la surdité totale. Les bourdonnements toujours très intenses fatiguent beaucoup le malade et vont jusqu'à troubler le sommeil. Ce sont des bruits de cloche, des bruits musicaux, des coups de sifflet stridents, le bruit du vent soufflant en tempête. Quant aux vertiges, ils sont plus ou moins fréquents et ne présentent aucun caractère particulier.

A l'examen on constate tous les signes qui caractérisent les maladies de l'oreille interne. Dans un grand nombre de cas, le tympan et la caisse sont normaux ou présentent des

(1) A. Paré. Cité par Baratoux. *Rev. de Laryng.*, 1883, p. 293.
(2) Baratoux, *Loc. cit.*

lésions peu marquées et insuffisantes pour expliquer la surdité et les bourdonnements, et surtout leur brusque apparition. C'est d'ailleurs sur ces faits que se base Saint-John Roosa pour combattre l'opinion de S. Sexton qui soutient que la surdité brusque des syphilitiques résulte d'une lésion de l'appareil de transmission. « Des granulomes, dit-il (1), se développent rapidement dans la caisse, et la chaîne des osselets est gênée dans ses mouvements. » Les résultats nuls du traitement mécanique, les bourdonnements et les vertiges associés à la paralysie faciale, l'audition meilleure dans le bruit, tout prouve surabondamment la nature centrale de la maladie. L'examen de l'oreille à la montre et au diapason vient encore confirmer ce diagnostic. La perception cranienne à la montre est abolie ou notablement diminuée, *alors même qu'il existe encore un degré d'audition* très convenable. Dans les surdités graves, le diapason n'est pas entendu appliqué sur le crâne, et, dans tous les cas, il est entendu plus longtemps par voie aérienne que par voie cranienne.

La syphilis du labyrinthe peut se présenter comme un accident mono-symptomatique au cours de la syphilis générale; elle survient le plus souvent pendant l'évolution de la maladie aux périodes secondaire et tertiaire. Les symptômes qui la caractérisent sont les mêmes à ces diverses périodes et il serait difficile, et d'ailleurs sans grand intérêt au point de vue pratique, d'établir une distinction précise entre les accidents secondaires et tertiaires de la syphilis labyrinthique. Très rarement les lésions auriculaires et la surdité surviennent brusquement après l'apparition du chancre et avant toute manifestation secondaire. Politzer a rapporté un cas de ce genre. A ce point de vue, l'observation qui suit m'a paru intéressante et mériter d'être rapportée.

Observation (2). — Le nommé Jules B..., facteur des postes, âgé de vingt-huit ans, se présente à la polyclinique de Toulouse, le

(1) S. Sexton. *Amer. Journ. of Otol.*, II, 4, p. 301.
(2) Recueillie par M. Simonin, étudiant en médecine, mon chef de clinique.

20 novembre 1891. Les antécédents héréditaires n'offrent rien de particulier. Mère morte à quarante-cinq ans à la suite d'une affection utérine. Père vivant et bien portant. Des neuf enfants, sept sont encore vivants et bien portants. Personnellement il n'accuse durant son enfance qu'une tumeur au sommet du bras, tumeur qu'il conserva pendant trois ans. Un abcès s'étant formé communiquant avec l'articulation scapulo-humérale, fut ouvert, vidé avec soin ; on pratiqua en même temps le curettage de l'humérus sur une étendue de trois à quatre centimètres. La guérison s'est faite et, depuis lors, la santé était excellente.

A son arrivée à la clinique, le malade se plaint de surdité surtout prononcée à droite, survenue depuis une dizaine de jours. Il ressent depuis lors des bourdonnements violents qui simulent le bruit du vent soufflant en tempête, des vertiges fréquents et des maux de tête (céphalée frontale) surtout prononcés la nuit. L'examen de l'oreille donne les résultats suivants :

P. cr. dr. nulle.		
P. cr. g.	0,0,0 ; 4,0	Diapason mieux à droite.
O. d.	2 cent.	R. O. d. +
O. g.	10 —	R. O. g. +

L'aspect du tympan est absolument normal, la trompe est libre et le cathétérisme n'amène aucune amélioration de la surdité ni de ses bourdonnements. J'interroge alors le malade au point de vue des antécédents personnels. Il affirme n'avoir jamais eu la syphilis. Il est marié, père de famille, sa femme est bien portante et, depuis son mariage, il n'a pas eu de rapport avec d'autres femmes. L'examen le plus minutieux de toutes les parties du corps ne fait rien découvrir, pas de chapelet ganglionnaire, pas de tache sur le corps, pas de cicatrice à la verge.

Malgré l'incertitude où je me trouvai en présence des dénégations du malade et du résultat négatif de mon examen, les symptômes auriculaires ressemblaient tellement à ceux de la syphilis du labyrinthe, que je donnai au malade l'iodure de potassium à la dose de trois grammes par jour. Huit jours plus tard le malade revient. Vertiges, bourdonnements, maux de tête avaient disparu. L'audition était notablement améliorée. « Votre sirop, me dit le malade, a agi sur moi comme l'huile sur la lampe. » Le malade niant toujours la syphilis, je le renvoyai en lui recommandant de revenir me trouver s'il éprouvait le moindre dérangement. Un mois après environ je vois revenir mon malade ; il souffre de la gorge et je constate que les amygdales, le voile du palais, la voûte palatine, sont recouverts de plaques

muqueuses. Le doute n'est plus permis. Le malade étant évidemment de bonne foi, sa femme n'étant pas malade, je poussai mes recherches et le malade se souvint alors que deux mois environ avant d'éprouver le premier trouble de l'audition, il souffrait d'une dent et que passant sur une place de Toulouse il eut recourt aux bons offices d'un de ces dentistes qui opèrent en plein vent. Après l'extraction de la dent, la cicatrisation de la plaie fut très longue à se faire; il en souffrit pendant un mois environ, et c'est certainement la gencive qui servit de porte d'entrée au virus syphilitique.

C'est en nous basant sur la marche ordinaire des affections syphilitiques du labyrinthe et aussi en l'absence complète de lésions du côté de l'oreille externe et de la caisse que nous avons pu, dans ce cas, établir le diagnostic qui fut, on le voit, justifié par les faits.

La surdité plus prononcée à droite s'étant établie, pour ainsi dire, brusquement, et l'absence d'antécédents autres que le chancre qui avait passé inaperçu en raison de son siège anormal et du mode peu commun d'inoculation, rendaient l'hésitation toute naturelle.

Le malade a été soumis à un traitement spécifique très énergique, il l'a très rigoureusement suivi; nous l'avons examiné ces jours derniers (30 avril). Les plaques muqueuses, très nombreuses et très tenaces, ont absolument disparu. Les bourdonnements et les vertiges ne se sont pas reproduits, l'audition à la montre par voie cranienne est normale des deux côtés, et la montre est entendue à gauche à 1m 30, et à droite à 1 mètre.

Qu'il me soit permis, en terminant, d'émettre sur la gravité de la syphilis, suivant le mode d'inoculation et le point de l'organisme qui a servi de porte d'entrée au virus, une hypothèse qui m'a paru rationnelle et que viennent confirmer un certain nombre de faits que j'observe depuis déjà plusieurs années. De même que, pour les inoculations rabiques, les morsures au visage sont plus graves que celles des membres et des parties inférieures du corps et déterminent plus rapidement l'éclosion de la rage, de même dans la syphilis, lorsque l'infection primitive s'est produite à la gorge (amygdale), à la lèvre, au maxillaire, les accidents cérébraux sont beaucoup plus à craindre, et se produisent bien plus souvent que lorsque le virus a pénétré par sa voie ordinaire qui est la voie génitale. Ce n'est là qu'une

hypothèse, il est vrai, et je ne sais si elle a été émise jusqu'ici En tous cas, je le répète, je puis l'étayer sur un certain nombre d'observations dans lesquelles le chancre s'est développé sur la lèvre, sur l'amygdale, et où des accidents cérébraux graves se sont produits quelques années plus tard, malgré un traitement très énergique et très rigoureusement suivi.

DISCUSSION

M. Noquet (de Lille). — Je crois que l'otite interne est très rare dans la syphilis acquise; car si j'ai déjà pu observer bon nombre d'otites moyennes chroniques non suppurées, coïncidant surtout avec la période secondaire, par contre, je n'ai jamais constaté d'otite labyrinthique pouvant être rapportée à la même origine.

Règle générale, les otites moyennes qui surviennent dans la syphilis acquise sont combattues efficacement par le traitement général et par le traitement local. — Il n'en est pas de même dans la syphilis héréditaire. Chez les malades de cette deuxième catégorie, en effet, les otites moyennes chroniques non suppurées, qui se montrent en même temps que la kératite interstitielle, sont particulièrement rebelles. Elles résistent aux traitements les plus persévérants, et notamment aux injections sous-cutanées de peptonate de mercure. Il m'est arrivé de rencontrer quelquefois des améliorations momentanées. Mais toujours il est survenu une rechute, l'oreille interne a été envahie à son tour, et la surdité est devenue absolue.

M. Moure. — La syphilis de l'oreille interne durant la période secondaire de cette diathèse est en effet une manifestation très rare. On l'observe le plus souvent dans l'hérédo-syphilis, et alors elle atteint les adolescents ou adultes, survenant généralement assez rapidement. Elle est fort rebelle au traitement. Je l'ai vue dans un cas frapper les deux oreilles d'une jeune fille de dix-huit ans, dont le père était manifestement un ancien syphilitique. Dans ce fait, tous les traitements ont échoué, y compris les injections hypodermiques de sublimé qui, au début, avaient paru améliorer un peu la situation pénible de cette jeune fille.

M. Natier (de Paris). — J'ai eu également l'occasion de remarquer combien étaient graves les manifestations héréditaires de la syphilis du côté de l'oreille interne chez les jeunes enfants. Chez deux ou trois sujets de six à huit ans que j'ai observés cette année, la surdité était

survenue très brusquement et d'une façon complète. Tous les traitements dirigés contre elle, malgré leur intensité et leur persistance, sont demeurés absolument infructueux, d'où je crois pouvoir conclure : La surdité syphilitique héréditaire des jeunes enfants est, sinon toujours, du moins le plus souvent, à peu près incurable.

M. Garrigou-Désarènes. — Chez plusieurs de mes malades, atteints de syphilis héréditaire, j'ai employé sans aucun résultat les différentes médications spécifiques. Par contre, j'ai obtenu parfois de grandes améliorations par le régime, l'électricité, et les injections de strychnine. Je donne en ce moment des soins à deux malades qui se trouvent dans ces conditions; l'un, une jeune fille, était atteinte de surdité complète ; elle entend maintenant très bien la voix quand on lui parle.

ABCÈS DU LARYNX CONSÉCUTIF A LA SCARLATINE

Par le Dr **E. J. MOURE** (de Bordeaux).

Si l'on juge par les faits publiés, les complications laryngées de la fièvre scarlatine sont de véritables raretés. Car depuis Trousseau on s'est habitué à répéter que cette affection n'aime pas le larynx. Cependant il est facile de voir en lisant attentivement les cliniques de ce maître qu'il était loin d'être aussi absolu, car, dans ses leçons cliniques (1), il s'exprimait en ces termes :

« Graves cite des observations d'individus mourant du croup à la fin de la scarlatine, et guérissant de cette fièvre exanthémateuse après avoir rendu des fausses membranes tubulées, moulées sur la trachée. Graves, en citant ces faits, me reproche d'avoir méconnu cette forme de l'angine scarlatineuse ; je l'avais en effet méconnue, et je disais : *La scarlatine n'aime pas le larynx*. Mais pendant mon séjour à l'hôpital des enfants, j'avais dans un grand nombre de circonstances, trouvé une identité si extraordinaire entre

(1) A. Trousseau. *Clinique méd. de l'Hôtel-Dieu*, tome I. 1877, page 165 : « Scarlatine ».

l'angine maligne scarlatineuse et l'angine maligne diphtéritique que j'avais été ébranlé dans mon opinion. Aujourd'hui je ne puis m'empêcher de croire, bien que n'osant l'affirmer, que ces accidents dont je viens de parler ne sont autre chose que des accidents diphtéritiques arrivant à la fin de la scarlatine comme une complication redoutable. »

Le célèbre clinicien faisait donc ici une première restriction en admettant que la diphtérie scarlatineuse pouvait s'étendre au larynx; il alla plus loin encore lorsqu'il écrivit (3) :

« D'autres fois l'anasarque gagne les parties profondes. Je l'ai vue frapper le voile du palais, la luette, l'épiglotte, les ligaments aryténo-épiglottiques. Chez l'enfant qui présenta ces lésions survinrent immédiatement les accidents de l'œdème de la glotte ; il ne dut la vie qu'à une énergique cautérisation pratiquée à la partie supérieure du larynx. Un de mes collègues, M. le professeur Richet, me racontait avoir été appelé, le 11 décembre 1857, auprès d'un enfant atteint de cet œdème de la glotte consécutif, chez lequel il fut obligé d'avoir recours à la trachéotomie pour empêcher une mort imminente. Les faits d'individus enlevés par cette affection du conduit respiratoire, dans l'anasarque scarlatineuse, ne sont pas très rares ; la suffocation arrive d'autant plus facilement, que la gorge ayant été touchée par l'inflammation, celle-ci s'étend aux ligaments aryténo-épiglottiques, où elle devient le point d'appel d'une fluxion œdémateuse, et que la tuméfaction du pharynx complique le gonflement de l'orifice supérieur du larynx. »

C'était donc admettre d'une manière certaine et évidente les complications laryngées de la fièvre scarlatine, et cependant les auteurs ont fait dire les uns après les autres à Trousseau : « La scarlatine n'aime pas le larynx » ; faisant ainsi commettre à cet observateur une erreur qui fut dans son esprit de très courte durée. Soit à cause de cette fausse inter-

(3) Trousseau, *loc. cit.*, 1877, p 170.

prétation des paroles du maître, soit faute de recherches suffisantes, alors que les manifestations vocales du typhus, de la variole, de la rougeole, ont été parfaitement étudiées, celles de la scarlatine sont, au contraire, passées inaperçues. Faut-il attribuer cet oubli à leur rareté, ou plutôt au défaut d'examen du larynx que l'on n'a pas l'habitude de regarder dans le cours de cette affection ? Ce serait assez notre manière de voir et nous ne doutons pas que le jour où l'attention se portera de ce côté, on observera des lésions bien nettes, bien typiques de la muqueuse vocale, se produisant dans le cours ou après l'éruption scarlatineuse, puisque l'on a déjà signalé quelques rares cas d'ulcérations.

C'est pour apporter une contribution à l'étude des complications vocales de cette fièvre que je désire vous communiquer un fait très net d'abcès du larynx observé dans les circonstances que je vais indiquer :

Observation. — Le 12 décembre 1891, je fus appelé par un de mes confrères auprès d'un jeune homme de vingt ans, en convalescence de scarlatine, au sujet duquel le médecin traitant a bien voulu me rédiger la note suivante :

« Le 30 novembre 1891, je suis appelé auprès d'un de mes clients, jeune homme de vingt ans.

» Je connais M. X... depuis cinq ans et j'ai eu l'occasion de le soigner pour des coliques hépatiques dont il n'a été délivré qu'après deux saisons à Vichy.

» Il est grand fumeur et très vigoureux. Lorsque je le vois, au 30 novembre 1891, il m'apprend qu'il est souffrant depuis la veille ; la fièvre est des plus intenses, il a une angine forte, caractérisée par de la rougeur framboisée du pharynx avec gonflement des amygdales. L'état piqueté du voile me fait penser à la scarlatine.

» Je vois en effet au niveau de la poitrine, de l'abdomen et des membres supérieurs, l'éruption caractéristique.

» La scarlatine suit son cours normal sans rien présenter de particulier jusqu'au 10 décembre.

» A cette époque, il n'y a pas d'albuminurie; pas de fièvre, l'appétit et le sommeil sont fort bons.

» Le pharynx présente encore un peu de rougeur et est un peu douloureux.

» Le 10 décembre au matin, l'apyrexie était complète, l'éruption à peu près disparue et tout eût été parfait, si trois phénomènes particuliers n'avaient attiré mon attention.

» M. X... toussait un peu, souffrait de la gorge et présentait une tuméfaction ganglionnaire assez appréciable à l'angle de la mâchoire du côté gauche.

» Dans la journée ces divers phénomènes augmentèrent d'intensité et, le soir à neuf heures, le malade était en proie à une fièvre vive, la douleur de la gorge était intense lors de la déglutition; la voix et la toux étaient voilées, et la tuméfaction de l'angle de la mâchoire était tellement prononcée que je craignis l'évolution d'un bubon scarlatineux.

» J'examinai la gorge et ne vis que de la rougeur sans tuméfaction prononcée des tonsilles.

» L'état du pharynx n'impliquait pas la douleur à la déglutition.

» Le lendemain, 11 décembre, j'allai voir M. X..., à une heure de l'après-midi.

» La fièvre était très forte ; temp. 40°; l'aphonie était complète.

» Je le priai de s'asseoir pour examiner l'état de la gorge; j'abaissai la langue à l'aide d'une cuiller et constatai que le pharynx ne présentait aucune modification depuis la veille.

» Mais brusquement, le malade est pris d'un accès de suffocation terrible; il fait des efforts considérables pour respirer et on entend le passage difficile de l'air à travers le larynx rétréci.

» Je le recouchai et peu à peu, l'inspiration devint de moins en moins bruyante et le calme se fit.

» A peu près un quart d'heure après, la respiration se faisait d'une manière aussi calme qu'à mon arrivée, et n'eût été l'aphonie et quelque peu de toux, l'attention n'eût pas été attirée du côté du larynx.

» J'interroge alors la garde qui avait veillé le malade la nuit précédente et j'apprends que par deux fois, à deux heures du matin et à cinq heures, M. X... avait eu des accès de suffocation analogues à celui auquel je venais d'assister.

» La garde ajoute que ces accès de suffocation s'étaient terminés par le rejet de matières sanguinolentes putrides qu'elle avait eu le tort de jeter.

» Je m'empressai de remplir la chambre de vapeur d'eau au moyen de trois pulvérisateurs à vapeur et je demandai à la famille une consultation avec M. le Dr Moure qui eut lieu le 12 décembre, le matin. »

A mon arrivée auprès du malade qui était un peu abattu, je l'interrogeai, et j'appris que M. X... avait eu, la nuit précédente, des suffocations analogues; il avait expectoré des crachats sanguinolents putrides. C'est alors qu'on demanda à la famille une consultation et on me fit appeler.

Le malade m'avoua alors qu'il souffrait de la gorge avant d'en avoir parlé à son médecin. Quand je le vis, la douleur avait augmenté, la voix d'abord enrouée était à ce moment complètement voilée. Extérieurement, le côté droit du larynx était normal, mais du côté gauche du cartilage thyroïde, j'observai un certain empâtement; la palpation était douloureuse, la déglutition difficile et, du côté malade, la douleur s'étendait jusqu'à l'oreille.

Au laryngoscope, je vis l'épiglotte rouge, dénudée de sa surface épithéliale, présentant cet aspect du gland en érection, mais sans avoir toutefois la forme du museau de tanche comme dans certaines laryngites tuberculeuses. Sur la face laryngée de l'opercule glottique, on voyait un gonflement surtout marqué à l'extrémité de la bande ventriculaire. Le repli ary-épiglottique de ce côté était tuméfié et toute cette partie recouverte de muco-pus. Le repli aryténo-épiglottique droit tuméfié, la respiration se faisait du côté droit du larynx; le gauche s'écartait, mais pas d'une façon normale. Je pensai à un abcès du larynx ouvert la veille, et je prescrivis un traitement antiphlogistique (révulsion, fumigations émollientes), priant mon confrère de passer la nuit auprès du malade, afin de pouvoir pratiquer la trachéotomie si l'opération devenait urgente.

M. X... dormit tranquillement, la fièvre diminua et, le lendemain matin, la situation s'était améliorée. L'épiglotte était encore rouge, mais le repli ary-épiglottique droit n'était presque plus tuméfié; seulement l'angle formé par la bande ventriculaire et le repli ary-épiglottique du côté gauche présentait encore la trace évidente de l'abcès. Cette affection semblait d'autant plus grave qu'elle était survenue au cours de la scarlatine. Néanmoins le mieux alla en s'accentuant et aujourd'hui le malade est complètement guéri.

Voici donc un cas très net d'abcès de la muqueuse laryngée survenu à la fin d'une scarlatine ayant évolué normalement et ne pouvant s'expliquer autrement que par l'habitude qu'avait le malade de fumer. Il est certain que bien des cas d'œdème aigu de la glotte, décrits comme tels, ont pu être de simples abcès du larynx. Cette interprétation est d'autant

plus plausible que certains auteurs considèrent l'abcès aigu de la muqueuse vocale comme un véritable érysipèle aigu, ou un phlegmon infectieux.

Quoi qu'il en soit, il y a là un point de la pathologie laryngée qui nous paraît intéressant et qui a encore besoin d'être étudié.

DISCUSSION

M. Lubet-Barbon (de Paris). — Je désire rapprocher de l'intéressante observation de M. Moure, un fait, incomplet, il est vrai, puisqu'il remonte seulement à huit jours, et que la maladie est encore à la période de déclin, mais qui me paraît néanmoins mériter d'être rapporté. Rien en effet dans mon cas ne faisait prévoir les accidents qui ont abouti à la formation d'un abcès laryngé.

Dimanche dernier, entrait à l'hôpital Cochin un malade gêné pour respirer depuis le matin. Peu à peu, la suffocation devint si intense, que vers les neuf heures, on fut obligé de lui faire la trachéotomie; il avait comme température 37°. Au milieu de la nuit, vive agitation; la température était à 39° ; mais la fièvre tomba le lendemain. M. Netter visita la canule sur laquelle il trouva du pus qui, examiné au microscope, fut reconnu contenir des *pneumocoques* en assez grande quantité.

L'examen laryngoscopique n'était pas possible, à cause de la tuméfaction considérable de l'épiglotte; la cavité du larynx était surmontée d'une masse rouge, œdémateuse, qui ne permettait pas l'accès des rayons visuels. Avec le doigt, on constatait que cette tumeur était superficiellement lisse, molle, fluctuante; au fond elle paraissait indurée, résistante ; la sensation perçue rappelait celle de l'épiglotte. En pénétrant dans le larynx, je reconnus que cette tuméfaction s'étendait jusqu'au niveau de la région ventriculaire gauche, où la fluctuation était encore perceptible.

Conduisant alors un couteau d'Oertel sur mon doigt, j'incisai la tumeur et il sortit un flot de pus mélangé de sang. On trouva dans ce pus, des *staphylococci aurei* en nombre considérable. L'observation en est là.

Je crois que M. Garel a observé un fait semblable qu'il a publié et qui corrobore le mien.

M. Garel. — Comme le fait remarquer M Lubet-Barbon, j'ai publié, il y a quelques années, une observation d'œdème aigu du larynx à propos de laquelle j'émettais la possibilité d'une lésion à pneumo-

coques. Dans ce cas, en effet, une pneumonie vint se greffer sur l'affection primitive. Depuis cette époque, mon collègue le Dr Josserand a publié une observation dans laquelle mon hypothèse a été démontrée par le microscope. Comme dans mon cas, l'œdème laryngé se compliqua de pneumonie; il se produisit même plus tard un abcès vaginal. On constata l'existence des pneumocoques non seulement dans les voies respiratoires, mais encore dans le pus du cul-de-sac vaginal.

Le cas de M. Lubet-Barbon est une nouvelle confirmation de cette hypothèse. Mais le pneumocoque n'est pas l'unique coupable, d'autres agents pathogènes peuvent déterminer des œdèmes aigus du larynx.

M. Poyet. — Je puis également rapporter un fait de même ordre observé chez un sujet que j'ai vu, il y a quelques années, en consultation avec MM. Millard, Peyrot, Barié.

Le malade offrait une tuméfaction considérable de l'aryténoïde gauche, déterminant des accès de suffocation, de la douleur à la déglutition et une forte altération de la voix.

Toute la région droite du cou était le siège d'une induration ligneuse, en plaque ou bouclier, qui remontait jusqu'à l'oreille et descendait jusqu'à la clavicule. On porta d'abord le diagnostic de tumeur laryngée carcinomateuse.

Sous l'influence d'un traitement simplement émollient, cataplasmes, gargarismes et pulvérisations phéniques chaudes, en quelques jours tous les symptômes disparurent. A la suite d'un refroidissement, tous les caractères signalés plus haut firent une réapparition subite et plus violente.

Cette fois, ils durèrent plus longtemps et menaçaient de nécessiter la trachéotomie, lorsque le malade se mettant à cracher du pus, tout rentra dans l'ordre en quelques jours.

Le laryngoscope montrait que le pus venait de l'aryténoïde gauche au niveau duquel on apercevait l'ouverture de l'abcès.

Le surlendemain le malade était atteint d'un rhumatisme articulaire aigu.

Je suis donc, je crois, autorisé à croire que je me suis trouvé en présence d'une arthrite rhumatismale suppurée.

Le malade est aujourd'hui complètement rétabli.

M. Fauvel. — Je veux vous dire un seul mot, non pas au sujet des abcès, mais à propos des accidents laryngiens consécutifs à la scarlatine.

Je fus un jour appelé par Trousseau auprès d'une jeune fille, nièce

du Dr Lhéritier. Cette malade avait eu la scarlatine, dix ans auparavant, et cette scarlatine n'avait pas suivi son cours normal : la desquamation avait été supprimée subitement. J'examinai sa gorge et je constatai la présence de fausses membranes qui amenaient, tous les trois ou quatre jours avant l'expulsion, un enrouement considérable ; je soignai cette jeune fille avec de la teinture d'iode, avec du nitrate d'argent, mais sans obtenir aucun résultat. J'avoue que j'étais très embarrassé pour expliquer ce cas. Trousseau me dit qu'il pensait que c'était de l'eczéma de la trachée, consécutif à la scarlatine. Lhéritier, qui était un grand amateur de chevaux, me conseilla d'appliquer un traitement empirique qui réussissait assez bien d'ordinaire chez ces animaux ; il s'agissait de badigeonnages avec de la teinture d'aloès. Au bout de huit jours de ce traitement, la malade fut guérie.

M. Moure. — Un fait intéressant semble se dégager des cas d'abcès du larynx signalés par mes confrères, et du malade observé par moi : c'est la rapidité presque foudroyante avec laquelle se développent ces lésions. Il n'est pas étonnant que l'on ait pu les confondre avec l'œdème aigu de la glotte que quelques auteurs considèrent du reste comme un véritable phlegmon infectieux (érysipélateux) du larynx.

Enfin un enseignement découle du fait rapporté plus haut, c'est le danger des explorations digitales, qui suffisent pour déterminer un accès de suffocation dont il n'est pas toujours possible de mesurer la portée. Nous devons, je crois, ne pas cesser de répéter que le miroir laryngien doit aujourd'hui être substitué *toujours au toucher digital.*

FIÈVRE AMYGDALIENNE ET PURPURA

Par le Dr JOAL (du Mont-Dore).

Jusque dans ces dernières années, l'amygdalite aiguë a été considérée comme une inflammation simple des tonsilles palatines, comme une affection purement locale.

Seul notre vénéré maître Lasègue avait émis l'opinion que l'amygdalite pouvait bien, dans certains cas, être la manifestation localisée d'un état général.

En effet, l'illustre auteur du *Traité des Angines* écrivait dès 1868 : « C'est un fait étrange mais positif, que dans ces angines à brusque explosion, la secousse retentit souvent sur les centres nerveux. Est-ce à cause de la soudaineté de

la maladie ? Est-ce parce que l'affection exerce sur l'économie une vive influence, et qu'elle n'est pas une phlegmasie locale aussi simple qu'il semble au premier abord ? Je pencherais volontiers pour cette dernière explication et j'indiquerai les raisons qui me portent à croire que le phlegmon sus-amygdalien n'est que la détermination d'une perturbation générale. »

Cette conception de Lasègue passa longtemps inaperçue. Mais en 1881, au Congrès international de Londres, le professeur Bouchard reprit la question et n'hésita pas à ranger l'amygdalite parmi les maladies pouvant se compliquer d'albuminurie infectieuse.

Puis Landouzy publia en 1883 et 1885 ses belles leçons sur la *fièvre amygdalienne* en insistant sur les caractères essentiellement généraux de l'affection ; nous-même alors avons apporté notre pierre à l'édifice, en étudiant les complications génitales et en rapportant dans les *Archives de Médecine* (de 1886) plusieurs faits d'orchite et d'ovarite observées dans le cours d'amygdalites aiguës.

Aujourd'hui, la notion de l'amygdalite infectieuse est généralement admise ; et Sallard, dans sa thèse inaugurale (1892), à l'appui de la nouvelle doctrine, met en avant les arguments suivants : « Début par des troubles généraux » pouvant précéder toute manifestation locale, troubles » communs à d'autres états reconnus infectieux par tous, » comme le frisson, le malaise général, la courbature. » Evolution cyclique en un espace de temps à peu près » constant. Possibilité de manifestations viscérales diffuses. » Longue convalescence comme après une vraie maladie. » Enfin, ce qui est encore plus concluant, possibilité de la » contagion. »

La néphrite, l'orchite, l'ovarite, l'endocardite, les arthropathies sont des complications assez bien étudiées. Quelques faits de purpura liés à l'amygdalite ont aussi été publiés ; mais le nombre de ces cas étant encore très limité, nous croyons intéressant de rapporter les trois observations qui suivent :

Observation I. — X... est un malade qui vient du Mont-Dore en juillet 1890, pour soigner une pharyngo-laryngite. Enrouements fréquents, avec toux nerveuse. Tempérament arthritique ; a beaucoup souffert de douleurs rhumatismales, aux articulations des membres et surtout des mains. Le sujet, depuis quelque temps en voyage, arrive dans la station, atteint d'une amygdalite dont le début remonte à trois jours et a été marqué par un fort mal de tête, une violente courbature et de la fièvre ; puis douleur dans la gorge augmentée lors des mouvements de déglutition, et accompagnée d'irradiations douloureuses du côté de l'oreille gauche. Anorexie complète ; pouls 128 ; température 39°,5. Pas d'albumine dans l'urine.

A l'examen de la gorge, nous trouvons l'amygdale gauche d'un rouge violacé, beaucoup plus volumineuse que la droite ; à la partie moyenne, petite plaque de produit blanchâtre que nous détachons facilement.

Il s'agit d'une amygdalite ; nous conseillons du calomel à doses fractionnées et un gargarisme calmant et antiseptique.

Pendant deux jours, les symptômes locaux augmentent ; la dysphagie est très marquée, la tuméfaction de l'amygdale gauche est plus prononcée, l'inflammation a gagné le côté droit ; le thermomètre atteint 40° ; engorgement glandulaire à l'angle gauche de la mâchoire. L'examen de la gorge est très difficile.

Le quatrième jour, dans un effort de toux, du pus fétide est rejeté, et il en résulte une amélioration locale assez rapide. Nous pouvons voir que l'abcès avait pour siège l'amygdale gauche ; du côté droit, les phénomènes inflammatoires ne s'étaient pas accentués.

Les symptômes amygdaliens continuent à s'amender et disparaissent vite.

Au contraire les phénomènes généraux persistent : faiblesse, lassitude, abattement, perte de l'appétit, langue saburrale, douleurs dans les articulations des jambes ; la température monte le soir à 38°,2.

Rien au cœur. Pas d'albumine dans les urines.

Le douzième jour après le début de la maladie, en voulant examiner les jointures des membres inférieurs, nous constatons, sur les jambes, les cuisses et l'abdomen, des taches de purpura. Elles sont en égale abondance sur les deux parties du corps sans être symétriques. Elles sont de grandeur inégale, les plus petites ont un millimètre de diamètre ; deux d'entre elles ont l'étendue d'une pièce de cinquante centimes.

Lorsque nous montrons cette éruption au malade, il n'est pas étonné, et nous dit de ne pas nous préoccuper, que déjà quatre ans

auparavant il a été affecté de taches semblables à la suite d'un mal de gorge, et que ces accidents n'ont pas eu de suites.

Les deux jours qui suivent, nouvelles manifestations purpuriques sur la poitrine et l'avant-bras, et aussi sur les parties déjà atteintes où les taches anciennes sont devenues plus pâles.

Le malade continue à prendre des cachets d'antipyrine et de sulfate de quinine qui ont été prescrits dès le huitième jour de l'affection.

L'amélioration s'accuse nettement ; ce n'est toutefois que le vingt-troisième jour de la maladie que la guérison peut être considérée comme définitive.

Obs. II. — Mme X... est une jeune femme de vingt-huit ans, venue au Mont-Dore pour accompagner le malade précédent. Elle ne fait aucun traitement thermal, elle a toujours joui d'une excellente santé, elle a cependant eu quelques légers maux de gorge.

Le 24 juillet elle est prise de fièvre intense, avec frissons, céphalalgie, puis rachialgie très forte. Nous pensons aussitôt à une amygdalite par contagion, mais la gorge ne nous paraît ni rouge, ni tuméfiée. Du reste, aucune sensation douloureuse de ce côté. Purgatif.

Dès le lendemain, gêne de la déglutition, l'amygdale droite est légèrement colorée et gonflée.

Puis les symptômes ordinaires de l'amygdalite non phlegmoneuse se manifestent; les deux tonsilles sont successivement envahies avec enduits pultacés. Le thermomètre atteint 39°,2.

Pas d'albumine dans les urines. Aucun bruit anormal au cœur.

Pas de douleurs dans les articulations.

Le 30 juillet, alors que les phénomènes gutturaux commencent à diminuer, des taches de purpura se montrent sur la face interne des deux cuisses; elles sont de petite dimension, les plus grandes ne dépassent guère trois millimètres de diamètre; elles sont de forme ovalaire ou circulaire.

Le 1er août, nouvelles taches, en général plus étendues sur les jambes, l'abdomen au-dessous de l'ombilic, et aussi à la région inter-mammaire.

Dès le 3 août, le thermomètre descend à la température normale, et la malade entre en convalescence; l'appétit et les forces reviennent rapidement et le sujet quitte le Mont-Dore avant la complète disparition de ses taches purpuriques.

Pendant la maladie, en outre du purgatif nous avons conseillé un

vomitif, de l'antipyrine, du sulfate de quinine, et des gargarismes au chlorate de potasse et à l'alun.

Le purpura nous paraît devoir être rattaché à la manifestation amygdalienne.

Obs. III. — X..., âgé de quarante-trois ans, est un camarade d'enfance que nous avons soigné à différentes reprises au Mont-Dore. De tempérament arthritique, il souffre assez souvent de rhumatisme musculaire, torticolis, lumbago; il est sujet aux maux de gorge, a eu des pneumonies et tousse une partie de l'hiver.

Il nous fait appeler, le 23 février 1892, dans les circonstances suivantes : Depuis la veille, une éruption cutanée s'est produite sur les parties antérieures et postérieures du thorax et sur l'abdomen : le médecin ordinaire n'a pu se prononcer sur la nature de cette éruption et il a fort inquiété le malade, par différentes questions ayant trait à une syphilis possible et par l'examen des organes génitaux. X... affirme du reste qu'il ne peut être question d'accident syphilitique.

Sur le tronc, nous constatons des taches de purpura plus abondantes en avant qu'en arrière; elles sont presque confluentes et assez grandes au-dessous de l'ombilic; en arrière, les taches sont plus petites et plus rares; à l'angle inférieur de l'omoplate droite et à la région lombaire du même côté, il existe plusieurs plaques érythémateuses, faisant une saillie assez marquée.

Le malade nous raconte que depuis onze jours, il souffre de la gorge. Il a été pris d'abord de fièvre, frisson, céphalalgie, courbature, puis la déglutition est devenue pénible, enfin il ne pouvait plus avaler même sa salive sans ressentir une violente douleur, à la gorge et à l'oreille droite. Sa voix était nasonnée et plusieurs fois les liquides chauds qu'il essayait de boire furent rejetés par le nez.

Perte complète de l'appétit, insomnie, agitation la nuit, faiblesse, abattement, état fébrile marqué.

X... ajoute que le diagnostic du médecin a été amygdalite droite, et qu'il y a même eu une petite ulcération qui a été touchée à deux reprises avec de la teinture d'iode.

Les phénomènes locaux et généraux se sont amendés depuis le 19 février; cependant lorsque nous voyons le malade, il a encore un peu de fièvre ; le thermomètre marque 37°,9, la langue est recouverte d'un enduit saburral, l'inappétence est prononcée ; la nuit pas de sommeil. La gorge est rouge et gonflée surtout au niveau de l'amygdale droite. Les urines contiennent des traces d'albumine. Pas de manifestations articulaires. Pas de trouble cardiaque.

Nous rassurons le malade de notre mieux, en lui disant que son éruption cutanée est le résultat de son angine.

Il n'y a pas eu de nouvelles taches de purpura ni d'érythème.

Le médecin traitant nous a par la suite confirmé le diagnostic d'amygdalite droite, mais nous n'avons pu lui faire partager notre manière de voir, sur les relations entre les phénomènes pharyngés et cutanés. Bien entendu, toute idée de syphilis a été mise de côté.

Ces rapports du purpura et de l'amygdalite infectieuse viennent de faire l'objet d'une savante communication de M. le Dr Paul Le Gendre à la Société médicale des hôpitaux. Ce travail a pour base l'observation d'une femme qui a été atteinte d'une amygdalite d'assez longue durée, au cours de laquelle se sont succédé plusieurs éruptions de purpura et d'érythème papuleux qui ont cessé quand l'angine a pris fin.

Du reste, dès 1883, C. Bœck avait publié des faits destinés à mettre en relief les liens qui unissent certaines angines aux manifestations cutanées et articulaires. Chez une malade, du purpura se montre un mois après l'angine et entre les deux épisodes pathologiques le sujet était resté dans un état de dépression profonde. Dans un second cas il s'agit d'une angine qui s'est développée entre deux poussées de purpura.

En 1884, Rehner a aussi rapporté un fait de purpura infectieux à point de départ pharyngé et dans lequel les agents pathogènes étaient des staphylocoques.

Chez la personne observée par MM. Le Gendre et Claisse les streptocoques paraissent avoir été les principaux auteurs de la lésion amygdalienne. Mais les microbes les plus divers peuvent intervenir et déterminer du purpura.

Le mécanisme de production est l'intoxication par les poisons solubles, par les toxines microbiennes, soit qu'elles agissent directement sur la composition du sang, soit qu'elles influencent les vasomoteurs.

Nous nous rangeons à cette opinion, défendue par Le Gendre et Claisse, en regrettant de n'avoir pu rechercher les agents pathogènes, soit dans les produits amygdaliens, soit dans les taches purpuriques.

Séance du mardi 3 mai.

TRAITEMENT DES FIBRO-MYXOMES NASO-PHARYNGIENS

Par le Dr **WAGNIER** (de Lille).

Dans une première communication sur ce sujet (1), j'a proposé pour le traitement de ces tumeurs un nouveau mode d'emploi de l'anse galvanique qui m'avait donné des succès. Depuis, de nouveaux cas se sont présentés dans ma pratique et j'ai eu de nouveau recours à ce procédé dans deux occasions que je rapporterai tout à l'heure. Toutefois dans ces deux faits j'ai dû mettre préalablement en usage un mode opératoire auxiliaire que je n'ai trouvé indiqué nulle part et qui, je pense, pourra rendre des services dans le traitement toujours assez difficultueux de ce genre de tumeurs. J'ai employé ce dernier procédé dans un troisième cas dans lequel l'anse froide a suffi pour terminer l'extraction. Un court exposé de ces faits et l'indication de ce procédé auxiliaire m'a paru de nature à vous intéresser. Incidemment je rapporterai un cas où, avec une simple sonde à cathétérisme de la trompe, j'ai détaché de son insertion l'énorme myxo-fibrome que je vous présente.

Parmi les tumeurs naso-pharyngiennes qu'on désigne sous le nom de fibro-myxomes, et dont le premier cas publié l'a été en 1869 par Legouest, il y a lieu, selon moi, de distinguer deux formes. Dans l'une d'elles, il s'agit de tumeurs arrondies, lisses, sans prolongement, assez dures et s'insérant par un pédicule mince. Elles sont très mobiles dans la cavité tant qu'elles ne la remplissent pas complètement, n'occasionnant d'autre gêne que celle que produit l'obstruction, et ne causant ni difformité, ni douleur, ni hémorragie, ni le plus souvent de surdité. J'en ai observé

(1) *Bulletin de la Société Française de Laryngologie et d'Otologie*, tome VI, page 64; et *Revue de Laryngologie et d'Otologie* 1889, n° 12, et *Traité de Chirurgie*, de S. Duplay.

quatre cas qui avaient pour sujets des femmes de vingt-deux à trente-huit ans et un petit garçon de neuf ans. Le développement avait été très lent et la gêne occasionnée régulièrement progressive. Ce genre de tumeur, bien spécial, diffère donc à tous égards du fibrome proprement dit avec son énorme puissance de développement, sa tendance aux hémorragies, sa prédilection presque exclusive pour le sexe masculin et pour l'âge de onze à vingt-cinq ans. Leur mode d'implantation est aussi bien différent : dans le fibromyxome un mince pédicule, dans le fibrome une large base fibreuse; leur point de départ n'est pas non plus le même : le fibrome part de l'apophyse basilaire, le fibromyxome du pourtour de l'orifice postérieur des fosses nasales. A côté de ce fibro-myxome type, j'admets une seconde variété que la structure et l'aspect rapprochent davantage des polypes muqueux du nez et qui s'insèrent le plus souvent à l'extrémité postérieure du cornet moyen. Ils sont plus consistants que les polypes muqueux du nez et souvent on les rencontre sans trouver d'autres masses myxomateuses nasales. La gêne qu'ils entretiennent varie davantage d'un jour à l'autre et ils m'ont paru s'accompagner de plus de catarrhe nasal et causer plus souvent la surdité.

Dans le traitement de ces tumeurs, qui sont au premier chef des tumeurs bénignes, puisqu'aucune de celles que j'ai opérées n'a récidivé, nous devons utiliser la pratique que nous avons acquise des interventions naso-pharyngiennes pour épargner aux malades les opérations chirurgicales avec délabrements préalables plus ou moins importants. Je suis convaincu qu'en variant les procédés on arrivera le plus souvent par des méthodes que j'appellerai *discrètes* à atteindre le but.

Le procédé que j'emploie de préférence est l'anse métallique portée par le nez. C'est pour moi le plus avantageux et le plus inoffensif, surtout si l'on se sert de l'anse galvanique et, éventuellement, de la modification de son emploi que j'ai indiquée.

Je suis d'avis, en tout cas, de ne les employer que si le diagnostic est parfaitement établi.

Quant à la possibilité d'introduire l'anse, elle existait dans tous les cas que j'ai traités ; peut-être doit-on l'attribuer au refoulement périphérique que la tumeur exerce sur les parties qui l'avoisinent et à l'élargissement de l'orifice postérieur des fosses nasales qui en résulte. Je n'ai donc pas eu à employer la sonde de Belloc qu'on a préconisée pour l'introduction du fil dans le pharynx.

Une fois l'anse parvenue dans la cavité naso-pharyngienne, on cherche à la porter autour de la tumeur, en s'aidant autant que possible de la vue. La manœuvre est délicate; quand elle échoue, on conseille de porter l'index de la main gauche dans la cavité, mais l'espace est bien étroit et il n'est pas aisé avec l'aide d'un seul doigt de bien placer l'anse autour du pédicule; de plus le malade ne peut supporter longtemps la gêne que lui font éprouver la présence et les mouvements du doigt.

Le Dr Goris (de Bruxelles) a proposé (1), pour placer l'anse, un instrument basé sur le principe du porte-lacs obstétrical de Hiernaux. Je ne l'ai pas employé encore; mais je me suis servi d'un crochet que le Dr Lange (de Copenhague), frappé des difficultés que l'on éprouve à placer l'anse métallique, a antérieurement mis en usage et proposé (2). Je ne lui dois aucun succès; cependant son emploi m'avait paru bien rationnel surtout après que j'eus observé le fait suivant :

Observation I. — Mme D..., mercière à Roubaix, trente-deux ans, a toujours eu une bonne santé ; elle ne se plaint que d'une gêne de la respiration nasale dont le début remonte à quatre ou cinq années. Cette gêne, qui s'est montrée d'abord du côté gauche, s'est changée peu à peu en une obstruction complète et permanente de ce côté ; du côté droit la malade peut, avec un grand effort, faire passer un peu d'air, Cet état est stationnaire depuis longtemps. Les fosses nasales sont normales, mais le naso-pharynx est occupé par une grosse tumeur

(1) Académie royale de Médecine de Belgique, avril 1889.
(2) *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1887.

qui le remplit presque complètement. Cette tumeur est homogène, consistante, lisse à sa surface ; le doigt ne peut percevoir qu'une certaine mobilité et il est impossible de remonter jusqu'au point d'implantation. Examinant de nouveau les fosses nasales en avant, j'aperçois, près de l'extrémité du cornet inferieur et se dessinant en avant de la tumeur, une sorte de petit ligament. Pour me rendre compte de sa nature, j'introduis une sonde métallique ordinaire à cathétérisme avec laquelle je l'accroche ; j'exerce une traction modérée, le ligament casse et la malade rejette immédiatement par la bouche une grosse tumeur ovoïde d'une longueur de 5 centimètres et que je vous présente. La pièce s'est fortement rétractée dans l'alcool, où elle a été mise d'abord, mais son volume est encore très considérable. Le pédicule est extrêmement mince, c'est lui qui se trouvait placé en avant du néoplasme ; il s'est rompu juste à son insertion : il s'attachait, en effet, au bord supérieur de la choane gauche. Je reconnus quelques jours après en ce point une petite plaie qui se cicatrisa rapidement ; actuellement, deux ans et demi après cette extraction exceptionnellement heureuse, il ne reste aucune trace de la tumeur.

Comme je le disais tout à l'heure, le crochet de Lange ne m'a pas donné les résultats que j'en attendais. Peut-être ne faut-il incriminer que l'opérateur ; cependant la manœuvre du crochet est bien moins délicate que celle de l'anse.

C'est au cours de ces tentatives faites avec l'aide du doigt introduit dans le cavum naso-pharyngien que j'ai été amené à l'emploi du moyen auxiliaire que je vais indiquer et qui est plus spécialement applicable aux tumeurs demi-molles plus myxomateuses que fibreuses et dont le volume est un obstacle presque invincible lorsqu'on cherche à agir sur le pédicule. Son but est de réduire le volume jusqu'à ce qu'on puisse la saisir dans l'anse froide ou galvanique. Je ne l'ai encore employé que trois fois ; mais comme j'ai réussi à chacune de ces tentatives, je l'indique dès maintenant dans les observations abrégées suivantes :

Obs. II. — Marie B... (d'Halluin), vingt-trois ans, ouvrière d'usine, souffrait d'obstruction nasale, parfois complète, parfois laissant encore passer un peu d'air, mais du côté droit seulement ; il y a un an et demi qu'elle avait commencé à s'en plaindre. L'état général etait très bon,

et, au point de vue local, l'impossibilité de respirer par le nez est le seul symptôme que la malade éprouvait.

Les deux côtés du nez étaient entièrement libres ; à gauche on aperçoit nettement une masse située dans le naso-pharynx ; elle était moins visible par la narine droite, mais on l'apercevait sur un petit espace.

Le miroir rhinoscopique montrait le cavum entièrement obstrué par une grosse masse grisâtre, lisse, brillante, que le toucher me démontra demi-molle.

J'essayai d'abord le crochet de Lange, et pour en faciliter la manœuvre je pressai avec le doigt la tumeur de bas en haut. Je ne réussis pas ; mais je m'aperçus que la tumeur avait un peu diminué de volume ; je crus avoir crevé quelque poche kystique et à ce moment l'idée me vint de refouler toute la masse vers la choane gauche la plus large et le siège primitif du polype ; en deux ou trois malaxations, je sentis la tumeur diminuer de volume et disparaître dans la fosse nasale gauche. Le naso-pharynx étant libre ainsi que la fosse nasale droite, j'introduisis de nouveau le crochet et je fis retomber la tumeur dans le pharynx où je la retrouvai considérablement réduite ; deuxième refoulement d'arrière en avant dans la fosse nasale gauche, puis de la fosse nasale dans le pharynx.

Après avoir débarrassé la narine gauche, et autant que possible, le pharynx du sang qui les obstruait, je pus voir dans le miroir rhinoscopique la tumeur diminuée environ des trois quarts ; je la saisis avec l'anse galvanique introduite dans le nez, je fis passer le courant deux fois en pressant légèrement, puis j'exerçai une traction sans faire passer le courant, et j'enlevai la tumeur en masse, pédicule compris. Ecoulement de sang presque insignifiant. La malade, revue huit jours après, était entièrement guérie et on voyait encore très nettement le point où l'insertion du mince pédicule avait eu lieu à la partie supérieure de la choane gauche.

Obs. III. — Virginie B..., servante de ferme, vingt-sept ans, vint comme la précédente à ma clinique pour une obstruction nasale. Elle toussait un peu et présentait un certain degré de surdité ; elle est cependant d'une bonne santé habituelle. Elle avait les deux narines encombrées de polypes muqueux ; ceux-ci enlevés, la respiration ne se fit pas mieux qu'auparavant ; je trouvai, en effet, le pharynx nasal occupé par une tumeur analogue à la précédente, mais beaucoup plus molle. Encouragé par le premier résultat, j'employai le même procédé de refoulement antéro-postérieur par malaxation, et j'arrivai très vite à faire pénétrer la tumeur dans la fosse nasale gauche comme une hernie

que j'aurais réduite. L'anse froide suffit à entraîner tout le néoplasme avec son pédicule un peu plus large que les précédents et dont je crus devoir cautériser par le naso-pharynx le point d'implantation sur le cornet moyen.

Obs. IV. — Le dernier cas que j'ai rencontré concerne un petit garçon de neuf ans, que je vis avec notre distingué confrère le Dr Looten (de Lille). Il souffrait depuis plus d'un an d'obstruction nasale que la famille attribuait à un rhume de cerveau tenace; l'enfant respirait mal dans le sommeil, et avec un ronflement si rauque et si intense qu'il troublait le repos de toute la famille. Cet état allait s'accentuant depuis un an environ. Lorsque je le vis, la respiration nasale était tout à fait impossible et la bouche constamment entr'ouverte. L'enfant, d'une constitution cependant vigoureuse, paraissait souffrant et fatigué.

Les fosses nasales présentaient un certain degré de catarrhe chronique, mais pas de tumeur; en pratiquant la rhinoscopie postérieure, je reconnus la présence dans le naso-pharynx d'une tumeur de même aspect que celle que je viens de décrire. Je pus l'apercevoir également par les fosses nasales. Cette fois encore, le point de départ de l'obstruction avait été à gauche, et c'était par la fosse nasale de ce côté qu'on l'apercevait le mieux.

En introduisant l'index je ne pus sentir aucune mobilité ; la tumeur était assez dure, élastique, lisse. J'essayai du crochet de Lange en m'aidant du doigt, puis de l'anse, que je ne pus placer. Quoique ces manœuvres eussent été faites avec une grande douceur et n'eussent presque pas donné de sang, je remis la suite de l'intervention à une autre séance. Huit jours après, je constatai que la tumeur avait diminué à la suite des précédentes manœuvres et que la respiration se faisait un peu du côté droit. Je recommençai la manœuvre; mais cette fois, de propos délibéré, sentant la tumeur un peu mobile, je l'enfonçai énergiquement dans la choane gauche, où elle s'engloutit, et je sentis distinctement le pédicule inséré encore cette fois à la partie supérieure de l'orifice postérieur. Je tentai de saisir la tumeur par la fosse nasale avec une pince, celle-ci était trop faible; une plus forte ne put être mise en place. Je repoussai la tumeur dans le pharynx. Dix jours plus tard, elle était réduite de plus des trois quarts et je fus assez heureux pour pouvoir en saisir une partie dans l'anse galvanique. Utilisant encore une fois le procédé que j'ai indiqué, je pus extraire entièrement avec son pédicule la tumeur que je vous présente : l'examen microscopique en a été fait et on a reconnu qu'il s'agissait ici, comme dans les autres

cas, d'un polype fibro-muqueux avec prédominance de l'élément myxomateux.

Je ne crus pas devoir faire de cautérisations, l'ablation ayant été bien complète ; il n'y a aucune récidive depuis huit mois ; l'état de santé de l'enfant reste excellent.

L'opération a été faite dans ce dernier cas en trois séances ; j'aurais certainement pu la terminer en deux seulement, mais quoique les interventions aient été bien peu douloureuses, j'ai préféré agir ainsi, vu le jeune âge du sujet, et cette temporisation m'a permis à la dernière séance de cueillir, en quelque sorte, le néoplasme, alors que les parties voisines étaient redevenues nettes et d'une exploration facile. Chez cet enfant exceptionnellement brave, je pus faire toutes ces manœuvres à l'aide d'une faible cocaïnisation.

La pratique de cette malaxation et de cette propulsion, dans les fosses nasales, des tumeurs naso-pharyngiennes demi-molles, est certainement moins pénible que les manœuvres ayant pour but de placer l'anse avec le doigt. Je pense qu'elle pourra rendre des services à ceux de nos confrères qui voudront bien la mettre en usage le cas échéant.

Elle est facile à exécuter, inoffensive, et je n'hésite pas, malgré le petit nombre de faits que je puis rapporter, à la recommander aux praticiens.

DE LA PULVÉRISATION DANS LE TRAITEMENT DE LA DIPHTÉRIE. PRÉSENTATION D'UN APPAREIL

Par le Dr **POLO** (de Nantes).

Personne ne nie aujourd'hui l'efficacité des vapeurs inspirées dans le croup. C'est la façon la plus simple d'agir localement sur toutes fausses membranes siégeant dans les voies respiratoires et d'attaquer le bacille de Lœffler. Les Drs Renou, Paterne, Barthélemy et d'autres ont publié sur ce sujet des documents sur lesquels nous n'insisterons pas.

Les vapeurs dans la diphtérie agissent de deux façons, d'abord par la simple humidité, en désagrégeant les fausses

membranes et en facilitant leur expulsion, ensuite par l'action du principe antiseptique qu'elles contiennent. L'air inspiré qui passe dans les fosses nasales, dans le pharynx, le larynx, la trachée et les bronches, porte partout et sans difficulté le principe destructeur du microbe diphtéritique.

Certes je n'ai pas l'intention de nier l'action des cautérisations et des irrigations faites localement avec des médicaments antiseptiques. Mais cette médication offre de telles difficultés chez les enfants, qu'elle ne peut être renouvelée que rarement. De plus, on comprend qu'elle n'est d'aucune utilité pour la diphtérie du larynx.

Le mode employé généralement pour la production des vapeurs est la VAPORISATION. Le but de notre communication est de montrer pourquoi nous préférons les pulvérisations à la simple vaporisation. Voyons d'abord la pratique. Dans ce dernier mode de traitement, on peut procéder de deux façons : ou bien le liquide générateur de la vapeur est apporté bouillant dans la chambre du malade et renouvelé constamment ; ou bien il est porté à l'ébullition par un ou plusieurs foyers de chaleur brûlant près du lit. La vapeur produite à la surface du liquide se répand uniformément dans l'atmosphère.

Ces deux façons d'agir ont l'une et l'autre des inconvénients. On sait, en effet, que la quantité de vapeur inspirée par le malade doit être considérable pour que le traitement soit efficace. Or, si on se contente d'apporter du dehors de l'eau bouillante dans des bassins à large surface, il est nécessaire de la renouveler à chaque instant. Il y a trois ans, j'ai soigné de cette façon, avec mon confrère Poisson, l'enfant d'un officier qui avait dû être trachéotomisé dès que nous avions été appelés. Pendant huit jours et huit nuits qu'a duré le traitement, deux ordonnances se relevaient, chargés uniquement d'entretenir l'humidité dans la chambre. Malheureusement tous les malades n'ont pas deux ordonnances à leur disposition et il est facile de voir la difficulté d'un pareil traitement dans la pratique.

D'un autre côté, si on chauffe directement le liquide, il

faut une source de chaleur considérable pour la raison que nous donnions tout à l'heure. Et cela n'est pas sans inconvénient dans une pièce où forcément l'aération est réduite au minimum. Appelé dernièrement en consultation à la campagne auprès d'un petit malade traité par les vaporisations, nous entrons dans une chambre petite, au milieu de laquelle un réchaud rempli de charbon de bois chauffait une décoction d'eucalyptus. L'air était imprégné plutôt de vapeur d'acide carbonique et d'oxyde de carbone que d'eucalyptus. On voit l'effet d'un pareil traitement.

Une autre reproche qu'on peut faire à la vaporisation, c'est que la vapeur inspirée par le malade est surtout de la vapeur d'eau. Les substances médicamenteuses non solubles et beaucoup de matières solubles, telles que la plupart des sels, l'acide salicylique, etc., etc., restent dans le liquide du bassin.

Autre chose : la vapeur sortant des récipients, bassins ou plateaux, se répand partout dans la pièce. Une très minime partie est d'un effet utile. Bien différente est la pulvérisation, le jet de vapeur est dirigé près du malade et une moins grande quantité de substance active suffit pour produire les mêmes résultats.

Enfin, quand toute l'atmosphère de la pièce doit être chargée de vapeur, le moindre courant d'air entraînant la buée obtenue à grand'peine, l'aération devient de plus en plus difficile, difficulté qui n'existe pas avec l'usage du pulvérisateur.

M. le Dr Paterne dit que « les pulvérisations ne peuvent remplacer les vaporisations, car le brouillard est trop épais pour pénétrer profondément dans l'arbre aérien (1) ».

J'avoue ne pas comprendre cette assertion. Il me semble que le bol d'air inspiré dans le jet d'un pulvérisateur est sursaturé d'humidité bien plus que celui d'un air contenant de la vapeur en suspension. Si les gouttelettes du liquide ne pénètrent pas *toutes* jusqu'aux dernières bronches, il doit

(1) *Des Vaporisations antiseptiques dans la diphtérie.* Dr PATERNE, 1887.

rester bien plus de liquide que dans la vaporisation. Du reste, cette vérité a été officiellement démontrée : à la suite des expériences de Demarquay sur les animaux et sur l'homme, une Commission nommée par l'Académie de Médecine a conclu que « les liquides *pulvérisés* dans des conditions déterminées parviennent dans les voies aériennes en quantité suffisante ».

Dans la séance du 27 février 1874, l'Académie, à propos du rapport de M. Bourdon, ramena le débat sur la pulvérisation : à cette discussion prirent part Demarquay, Gubler, Pidoux. Les mêmes expériences furent rappelées, et l'Académie s'en tint aux conclusions ci-dessus rapportées.

Le seul reproche sérieux qu'on peut faire à l'emploi de la pulvérisation dans le croup est que le maniement des appareils demande beaucoup de soins, et que ceux-ci sont d'un prix élevé quand ils fonctionnent bien.

J'estime que ces inconvénients n'existent plus avec l'instrument que j'ai l'honneur de présenter à la Société.

Cet appareil a été combiné et construit par M. Maussion, pharmacien à Nantes, d'après mes indications.

Il est composé essentiellement de quatre parties : *Une source de chaleur*, lampe à alcool ou fourneau à gaz ; *une chaudière* pouvant contenir 3 litres d'eau filtrée en communication permanente avec deux tubes injecteurs; *un bassin* superposé à la chaudière, pouvant recevoir 6 litres de liquide dans lequel plongent deux tubes aspirateurs fixés par leur extrémité supérieure au niveau de sortie de la vapeur d'eau provenant des tubes injecteurs. L'appareil rempli d'eau froide est en plein fonctionnement au bout d'une heure. Sa marche est de *six heures*, — douze heures si on se contente de faire fonctionner un seul bec. On doit remplir le bassin toutes les deux heures au moins, pour la régularité de la pulvérisation.

Un petit manchon qui entoure le bassin peut être rempli d'alcool, qu'on enflamme pour élever la température du liquide renouvelé. Si on a eu soin de faire chauffer ce dernier, il est inutile de faire usage du manchon. Du reste on com-

prend que le voisinage presque immédiat du liquide du bassin avec l'eau de la chaudière suffise pour élever rapidement la température du liquide à pulvériser. Il est important que la vapeur n'arrive pas froide sur l'enfant; cela ne se produit pas ici. Voici, du reste, les résultats obtenus sur ce point avec notre appareil :

La température de la pièce où nous avons fait nos essais, M. Maussion et moi, étant de 16°, le liquide du bassin à 52°, le thermomètre placé dans le jet de vapeur à une distance de 60 centimètres indique 25°. Le liquide porté à 70°, on obtient dans les mêmes conditions un jet de vapeur à 30°.

La quantité de vapeur et de liquide pulvérisé répandue dans l'atmosphère par cet appareil est considérable : environ un litre et demi par heure. Elle varie selon l'intensité de la source de chaleur et le nombre de becs employé. Le pulvérisateur est placé sur une table, à 60 centimètres de l'enfant, de telle façon que le jet de vapeur porte un peu au-dessus de sa tête et arrive par réflexion sur le malade. Le jet est reçu sur une toile cirée disposée obliquement et formant gouttière à sa partie inférieure, de telle sorte que le liquide condensé puisse être recueilli dans une cuvette. Il est bien entendu que les couvertures et l'oreiller de l'enfant sont protégés par une toile caoutchoutée. La tête est garantie de la même façon ou avec de la laine qu'on change de temps en temps, si la chose est possible; le lit lui-même est entouré d'une tente construite avec des draps pour concentrer la vapeur autour du malade.

Le liquide médicamenteux peut varier à l'infini. Je fais usage habituellement d'une solution d'acide phénique de 3 à 5 pour 1000 alternativement avec une solution à 10 pour 1000 de teinture de feuilles d'eucalyptus. Il est évident que le titre de ces solutions est beaucoup plus faible dans le jet de vapeur, puisqu'il se trouve mélangé avec l'eau provenant de la chaudière.

Vous le voyez, Messieurs, l'appareil que je vous présente est très simple et d'un usage facile; une fois en marche, il n'y a qu'à verser le liquide médicamenteux toutes les heures.

Dans ma pratique, je fais fonctionner l'instrument presque continuellement, nuit et jour. Ordinairement ce n'est pas un empêchement au sommeil. La nuit cependant, je crois préférable de n'employer qu'un seul bec. Après vingt-quatre heures de pulvérisation avec les liquides indiqués ci-dessus, je crois prudent de diminuer la quantité d'acide phénique ; il est bon alors de surveiller les urines, bien que je n'aie jamais constaté d'accidents de ce côté. Pour ma part, je n'emploie aucun médicament interne, les meilleurs ayant, à mon avis, l'inconvénient de diminuer la quantité de nourriture acceptée par les petits malades.

Lennox-Browne croit que les pulvérisations ou vaporisations continues peuvent déprimer l'enfant. Je n'ai pas remarqué ce fait, mais il est certain que toute espèce de traitement doit être surveillé. Un certain nombre de mes confrères de Nantes ont employé ce pulvérisateur et ont été satisfaits du résultat. L'un d'eux, le Dr Lacambre, m'écrivait textuellement que les parents eux-mêmes, si peu observateurs qu'ils fussent, ont été frappés du changement qui se produisait dans l'état des petits malades aussitôt le fonctionnement de l'appareil.

Appelé dernièrement par un confrère pour trachéotomiser une enfant de six ans soignée jusque-là par les simples vaporisations, je conseillai d'attendre un peu et de faire la pulvérisation continue. L'enfant guérit rapidement sans intervention. Je ne prétends certainement pas que tous les cas de croup traités de cette façon se terminent par la guérison. Je crois cependant que la pulvérisation est une bonne méthode de traitement et que cet appareil en simplifie l'usage.

DISCUSSION

M. Charazac. — Les pulvérisations rendent de très grands services dans le croup ; mais il n'est pas facile, dans les familles pauvres en particulier, d'avoir des appareils parfois assez coûteux. Au lieu d'employer les pulvérisations, je me sers du procédé de Renou (de Saumur), qui paraît donner de bons résultats. Je dis : paraît donner,

parce qu'il serait difficile de se prononcer encore; on peut tomber en effet sur des séries heureuses, et ce n'est qu'après une pratique plus longue qu'on pourra se prononcer. Le procédé de Renou consiste à faire évaporer dans la pièce où se trouve le malade, nuit et jour, de l'acide phénique jusqu'à ce qu'on observe des phénomènes d'intoxication; on peut aller en général jusqu'à un gramme par mètre cube et par vingt-quatre heures; ce procédé me semble, dans tous les cas, bien supérieur au mode de traitement ordinaire.

M. Polo. — Je ne nie pas l'efficacité de ce traitement; mais le procédé donne beaucoup plus de mal que celui dont je viens de parler; il nécessite l'intervention continuelle de plusieurs personnes et on est obligé d'employer des quantités énormes de liquide. L'appareil que je vous présente est au contraire des plus simples, des plus faciles à manier et ne demande que relativement peu de liquide.

SUR UN CAS D'ARTHRITE CRICO-ARYTÉNOIDIENNE (COTÉ DROIT) DU A LA SYPHILIS TERTIAIRE ET OBSERVÉ CHEZ UNE FEMME DE SOIXANTE ANS. — DIFFICULTÉ DU DIAGNOSTIC. — GUÉRISON COMPLÈTE PAR LE TRAITEMENT IODURÉ

Par le Dr **Marcel NATIER** (de Paris).

Hor... (Clotilde), âgée de soixante ans, concierge à Passy, se présente le 26 janvier 1891, dans mon service, à la Policlinique de Paris, où elle vient réclamer nos soins pour un enrouement dont elle est incommodée depuis quelque temps.

Antécédents héréditaires. — La malade ne peut nous fournir aucun renseignement, au point de vue pathologique, sur ses ascendants ou ses collatéraux.

Antécédents personnels. — A l'âge de dix-huit ans, Hor... a été atteinte d'une fièvre typhoïde grave, qui n'aurait pourtant déterminé aucune complication spéciale. Cette fièvre typhoïde a été suivie de chute des cheveux.

Mariée à l'âge de vingt-six ans, Hor... a eu un premier enfant, mort à l'âge de trois mois; deux grossesses ultérieures se sont terminées par des fausses couches; la première au bout de trois mois de gestation, et la seconde après huit mois, cette dernière avec hydramnios.

Depuis l'âge de vingt ans, la malade, à plusieurs reprises, a subi

des atteintes de rhumatisme. La première attaque a porté sur les genoux qui ont été pris l'un après l'autre, et qui ont été le siège d'une tuméfaction notable, avec douleur vive; les phénomènes ne furent cependant pas assez prononcés pour la contraindre à garder le lit. Plus tard les coudes, ensuite les épaules, ont été atteints maintes fois, ainsi que les poignets. Jamais les petites articulations n'ont été envahies, pas plus celles des pieds que celles des mains. Hor... a encore souffert assez fréquemment de douleurs qu'elle qualifie de *névralgies dans la tête*.

Plusieurs fois déjà cette malade est venue à la Policlinique réclamer les soins de mon confrère de la médecine générale, pour des douleurs tant musculaires qu'articulaires.

État actuel. — Hor..., originaire de Toulouse, est une femme à la taille droite et au-dessus de la moyenne; le teint mat, la figure vive, elle est plutôt maigre que grasse. Les traits un peu tirés semblent dénoter un certain degré de souffrance; cependant l'état général ne paraît pas trop mauvais. Cette malade vient nous trouver parce que, depuis un mois, nous dit-elle, elle éprouve de la gêne du côté de « la gorge »; et, en même temps, elle porte la main sur la région du larynx pour mieux préciser le siège de son mal. Depuis quinze jours surtout, ajoute-t-elle, elle s'inquiète des sensations qu'elle perçoit, et qui se traduisent par des picotements, de la gène, une sensation « d'arrêt » dans la gorge, le tout accompagné d'oppression. La déglutition est douloureuse; la toux, assez fréquente, est sèche et provoque des efforts de vomissements. La dyspnée est surtout accusée la nuit, et la malade ne peut dormir; elle raconte cependant qu'elle n'est pas obligée de reposer assise.

Hor..., qui est du Midi, décrit très vivement ses souffrances. Elle est manifestement inquiète, excitée, elle parle avec volubilité, bien que sa voix soit enrouée; elle ne peut en effet, parler, pour ainsi dire, qu'à voix basse. La respiration est fréquente. D'ailleurs, depuis au moins quatre ou cinq ans, la malade raconte qu'elle tousse l'hiver; elle est emphysémateuse, et elle présente assez accusée la déformation hippocratique qu'on rencontre dans la bronchite chronique. Interrogée spécialement à cet égard, elle nous affirme nettement qu'elle ne se souvient pas d'avoir éprouvé de douleurs articulaires, dans le mois qui a précédé sa visite à la Policlinique.

Examen. — L'examen des fosses nasales, celui de la bouche, du pharynx et des arrière-fosses, ne révèlent absolument rien de particulier à signaler. *Du côté de l'organe vocal* : l'examen laryngoscopique me permet de constater, à la base et sur la surface antérieure de

l'aryténoïde du côté droit, une tuméfaction qui se confond avec ce cartilage. Cette tuméfaction diffuse a le volume d'une cerise de moyenne grosseur ; sur la partie externe de l'articulation, distinctes l'une de l'autre, existent deux petites ulcérations lenticulaires.

Dans les mouvements d'inspiration et d'expiration, et aussi quand j'invite la malade à émettre un son, l'articulation demeure complètement immobile ; la corde vocale du même côté ne s'écarte que faiblement de la ligne médiane. Le larynx ne présente pas de trace d'inflammation aiguë. En présence de cet état local je porte le diagnostic d'*arthrite crico-aryténoïdienne droite*, sans préjuger de sa nature que je me réservais de déterminer ultérieurement. Pour combattre les picotements, la douleur à la déglutition et la sensation de gêne, je prescrivis des pulvérisations sédatives au bromure, à la cocaïne et à la morphine, et ordonnai de prendre à l'intérieur de l'iodure de K.

9 février. — Le lendemain de sa première visite, la malade a dû s'aliter et rester ainsi pendant huit jours. Durant tout ce temps, elle n'a pas tenu compte de mes prescriptions, et n'a fait absolument aucun traitement. Aussi, la gêne à la déglutition a-t-elle été très vive ; seuls le lait et le bouillon ont pu passer, mais il y a eu impossibilité absolue d'avaler des aliments solides.

La respiration a été très pénible, bruyante, avec un cornage très prononcé, gênant pour son entourage. La dyspnée était intense la nuit, et le sommeil à peu près impossible ; la toux fréquente provoquait des nausées.

Quelques jours avant de venir nous voir, H... a commencé à faire des pulvérisations qu'elle a pratiquées trois fois par jour, pendant cinq minutes chaque fois. Comme conséquence, elle éprouvait un soulagement momentané, qui lui permettait de prendre un repas liquide, mais après elle ne pouvait ingérer aucun aliment solide.

Au moment du second examen, à part la dyspnée nocturne que nous avons signalée plus haut, l'oppression n'avait pas augmenté notablement ; ce qui importunait surtout la malade, c'était la toux à laquelle elle était en proie avec les efforts de vomissements consécutifs.

Je prescris de continuer les pulvérisations calmantes en recommandant de les faire encore plus fréquemment et j'augmente la dose d'iodure de potassium.

12 février. — La malade nous revient dans un état beaucoup plus grave et presque désespéré. Elle a maigri d'une façon très appréciable en quelques jours. Les traits sont complètement tirés ; la peau du visage a une teinte cachectique jaune paille tout à fait spéciale. L'habitus extérieur dénote une souffrance profonde avec abattement

général, perte des forces et lassitude extrême. La malade ne peut — et encore avec la plus grande peine — prendre que des aliments liquides (bouillon et lait) ; la déglutition du vin est mal supportée et très douloureuse ; la pénétration des aliments solides est absolument impossible.

La dyspnée persiste, elle est même plus prononcée ; l'oppression est plus accusée la nuit que le jour. Dans la journée, en effet, la malade est somnolente, mais la nuit le repos est très incomplet, la respiration est tout à fait bruyante, avec tirage. Depuis trois ou quatre jours, la malade éprouve, dans l'oreille droite seule, des élancements douloureux revenant par accès.

A l'examen laryngoscopique je constate que la région aryténoïdiene droite a considérablement augmenté de volume ; elle est déformée, et représente une tumeur arrondie, diffuse, du volume d'un petit marron, venant faire une saillie notable dans la lumière de l'orifice glottique. Sur la face externe de cette tumeur, et aussi sur sa face interne, je remarque des ulcérations nombreuses (5 ou 6) entamant nettement et profondément la muqueuse et se confondant en certains points de leur circonférence. Ces ulcérations ont un fond rouge vif, saignant et tomenteux. La tumeur envahit le côté droit de l'épiglotte sur laquelle existe également un bourgeon ulcéré. La bande ventriculaire droite participe aussi au processus et elle est le siège d'une large ulcération à contours diffus avec prolifération abondante de la muqueuse. La corde vocale inférieure, du même côté, disparaît complètement, car elle est entièrement masquée par le néoplasme. L'ouverture de l'infundibulum laryngien est considérablement rétrécie et c'est ce qui explique l'aggravation de la dyspnée. Pas la moindre trace d'engorgement ganglionnaire ni du côté de la région sous-maxillaire, ni du côté du larynx, ni du côté de la fosse sus-claviculaire.

Cette poussée suraiguë, avec aggravation très manifeste des symptômes, nous inspire la plus vive inquiétude non seulement pour la santé, mais encore pour la vie de la malade, qui nous semble menacée de mort à échéance assez brève. C'est qu'en effet, devant l'inefficacité du traitement, malgré nos investigations les plus minutieuses relativement à une syphilis acquise, dont nous ne pouvons arriver à trouver de traces manifestes que celles ayant trait aux grossesses dont nous avons parlé ; à cause de l'âge de la malade, de la rapidité avec laquelle le mal a progressé ces derniers jours, l'idée première que nous avions eue d'arthrite d'origine syphilitique commence à être sérieusement ébranlée et nous sommes bien près de nous rattacher au diagnostic d'épithélioma du larynx, peut-être secondaire à une affection de même nature, ayant son siège primit

dans le médiastin. Nous songeons donc à la possibilité d'une intervention chirurgicale rapide et totale et nous nous proposons de prendre des mesures en conséquence. Cependant, nous tentons une dernière épreuve avec le traitement spécifique et nous prescrivons l'iodure de potassium à la dose de 8 à 10 grammes par jour. De plus, j'enlève un morceau de la tumeur pour le soumettre à l'examen microscopique.

23 février. — Hor..., que j'avais invitée à venir me revoir dans les cinq ou six jours qui suivraient, resta quinze jours sans reparaître. Suivant ma recommandation, entre temps, je reçus la visite de son mari qui, pressé de questions, ne put rien m'apprendre de nouveau et se borna simplement à me confirmer ce que je savais déjà. Je pensai que l'état s'était aggravé, et que peut-être la malade avait succombé à une poussée subite, ou bien encore que, très effrayée à l'idée que je lui avais soumise d'entrer à l'hôpital, elle avait renoncé à retourner me voir.

Cependant, ces dernières craintes furent très notablement atténuées par le résultat de l'examen microscopique. M. le Dr Gombault, à qui Mlle Leclerc, mon aide de clinique, avait remis le fragment enlevé avec la pince coupante, voulut bien nous communiquer le résultat de ses recherches et nous apprit que le néoplasme en question pouvait être « *tuberculeux ou syphilitique, mais n'était sûrement pas de nature épithéliale* ». Malgré l'affirmation si nette d'un maître dont l'autorité est incontestable, j'hésitai pourtant, non qu'il me vînt à la pensée, un seul instant, qu'il eût pu se tromper, mais parce que je craignis de ne m'être pas directement attaqué au néoplasme et d'avoir détaché un morceau de la circonférence, alors qu'il eût peut-être mieux valu prendre en plein centre, au risque d'enlever une portion de cartilage par une intervention trop profonde.

Lorsque la malade revint, je fus très agréablement surpris de son aspect ; elle avait compris mes craintes et toute mon inquiétude ; aussi se présenta-t-elle à moi avec un petit sourire narquois de circonstance. Sa tête était redressée, la teinte couleur jaune paille avait disparu et les couleurs étaient revenues, l'œil était vif, la mine ragaillardie et le *verbe haut et abondant*. Elle me dit tout de suite que si elle n'était pas plus tôt revenue, c'était que se trouvant guérie, elle n'avait pas éprouvé le besoin de venir nous revoir. Elle nous apprit que dans les trois jours qui avaient suivi la dernière visite, son état avait persisté aussi mauvais, que la dysphagie avait été aussi vive, la voix aussi rauque et presque éteinte. Les choses étaient restées ainsi pendant quelque temps, puis il y a quatre ou cinq jours, la raucité de la voix avait diminué, tout en restant cependant un peu plus couverte à certains moments. En même temps, l'appétit avait reparu ; à côté des

aliments liquides, les aliments solides pouvaient être maintenant ingérés, en petite quantité, il est vrai. La nuit était bien encore un peu pénible, la respiration bruyante. En somme, il y avait amélioration très notable de l'état général, en même temps que le moral était tout à fait remonté.

L'examen du larynx fit reconnaître que les symptômes locaux marchaient de pair avec les symptômes généraux, car la tumeur avait diminué de volume et les ulcérations étaient à la fois moins nombreuses et plus petites et paraissaient se cicatriser.

Il n'y avait plus de doute, il s'agissait d'une arthrite d'origine syphilitique et, cette fois encore, le microscope avait dit vrai pendant que le traitement spécifique avait constitué la pierre de touche. Mais ce qui m'étonnait, c'était de voir que l'iodure eût attendu aussi longtemps pour fournir ses preuves. Ce fut alors que la malade entra dans la voie des aveux. Comme je lui demandais si elle avait bien régulièrement suivi mes prescriptions, elle me répondit que non, et me dit que les choses s'étaient passées de la façon suivante :

Comme après sa première et sa seconde visite, elle n'avait pas encore obtenu la guérison qu'elle était venue réclamer de nous, la propriétaire de l'immeuble où elle était concierge lui suggéra que nous pouvions bien ne rien entendre à sa maladie et ajouta qu'à sa place, elle aimerait mieux aller à l'hôpital où certainement elle recevrait des soins plus éclairés. Soit persuasion, soit fatigue, elle céda et alla demander son admission à l'hôpital Beaujon, où elle fut reçue dans un service de médecine. Là, aux douleurs de gorge qu'elle accusa, on n'attacha aucune importance et sans pousser plus loin les investigations, on se borna simplement à prescrire un gargarisme dont les vertus curatives se trouvèrent mises en défaut dans la circonstance. Bien vite lasse du séjour à l'hôpital, au bout de trois ou quatre jours, Hor... demanda à sortir, et c'est à ce moment qu'elle vint nous retrouver pour la troisième fois. Plus confiante dans nos affirmations et aussi parce qu'elle avait de vives appréhensions, elle se décida à suivre nos prescriptions et on a pu voir qu'elles s'étaient montrées efficaces.

Dans le courant de mars, la malade est encore revenue nous voir deux fois : dès l'avant-dernière, la guérison était totale, les symptômes subjectifs avaient entièrement disparu, les parties étaient revenues à leur état normal, il n'existait plus trace d'ulcération ni sur la région aryténoïdienne, ni sur la bande ventriculaire. L'articulation et la corde vocale, jouissent maintenant de tous leurs mouvements et Hor... le prouve en parlant avec abondance et d'une façon très nette.

Réflexions. — Cette observation m'a paru digne de vous être relatée à cause de la manifestation tardive de la vérole du côté de l'organe vocal. Voici une femme, en effet, qui a eu, il est vrai, vers l'âge de vingt-huit à trente ans, un enfant mort-né, puis consécutivement deux grossesses interrompues par un avortement. Depuis, plus la moindre trace de diathèse syphilitique jusqu'à l'âge de soixante ans, époque à laquelle surviennent brusquement les symptômes morbides que je viens de vous signaler.

Comme vous venez de le voir, nous n'avons pas été sans éprouver quelques difficultés pour porter un diagnostic ferme. Je dois dire que, malgré les douleurs dont nous avait parlé la malade et dont la nature rhumatismale était peut-être un peu problématique, nous n'avons guère songé à une de ces arthrites aiguës crico-aryténoïdiennes, qui ont été bien décrites l'année dernière, par notre collègue, mon camarade et ami le Dr Lacoarret. L'état général de la malade, très bon en apparence, et aussi en réalité, car l'examen de la poitrine ne nous avait rien révélé de suspect, ne nous permit guère non plus de nous rattacher à l'idée d'une tuberculose aiguë du larynx; du reste les ulcérations et aussi l'aspect de la région œdématiée ne présentaient aucunement les caractères d'une lésion tuberculeuse.

Deux hypothèses restaient alors en présence : l'arthrite que nous constations pouvait être due soit à un épithélioma, soit à une manifestation tertiaire de la syphilis. Ce dernier diagnostic nous ayant paru le plus probable, nous instituâmes de suite le traitement syphilitique. Aussi, je dois avouer que vive fut notre surprise, en reconnaissant que l'iodure associé au mercure restait sans effet. C'est alors que devant les progrès du mal, et aussi en présence du mauvais état général, j'eus un instant la pensée que je pouvais m'être trompé. Tenant compte d'une part de l'âge de la malade, de la localisation très nette de la lésion à un seul côté, d'autre part de l'aspect des ulcérations qui s'étaient creusées davantage et devenaient presque sanieuses, je songeai à l'épithélioma. Désireux néanmoins d'user de

toutes les ressources en mon pouvoir, j'augmentai l'énergie du traitement spécifique, en même temps que je fis soumettre une parcelle de la tumeur à l'examen microscopique. La communication de M. Gombault sur le résultat de ses recherches, en me donnant confiance, m'autorisa à une action plus décisive. On a vu quels résultats furent obtenus.

Or, il convient de dire qu'ils eussent été probablement plus prompts, si la malade nous eût témoigné une confiance plus grande ou même si elle avait été moins négligente.

En tout état de cause, je crois qu'il convient de retenir, dans ce cas, les services rendus au diagnostic d'une part par l'examen microscopique et, d'autre part, par le traitement spécifique qui, ici encore, a justifié son excellent renom de pierre de touche de la syphilis.

DU TRAITEMENT DE CERTAINS RÉTRÉCISSEMENTS DES FOSSES NASALES

Par le Dr **C. ASTIER** (de Paris).

Dans le numéro d'octobre dernier des *Annales des Maladies de l'oreille et du larynx*, j'ai exposé succinctement une nouvelle méthode pour le traitement de certaines sténoses nasales. Je reviens aujourd'hui sur ce sujet pour bien préciser à quelles sortes de sténoses s'adresse ce traitement.

J'ai vu quelques-uns de nos confrères qui ont bien voulu s'intéresser à ma communication du mois d'octobre, se servir de mes fraises pour opérer toute espèce de sténoses : ils ne pouvaient en retirer tout le profit qu'ils en attendaient, ne les employant pas dans les cas pour lesquels elles ont été strictement créées.

Je me sers d'une fraise tranchante, animée d'un mouvement rapide de rotation, fixée à l'extrémité du ressort à boudin d'un tour de dentiste. Cette fraise, constituée par un tambour haut de 15 millimètres, a son bord libre en

dents de scie; l'autre bord se continue par une tige qui vient s'adapter à l'extrémité du ressort du tour. Le diamètre de ces fraises varie de 4 à 10 millimètres.

Cette simple description de l'appareil fait comprendre qu'il s'agit d'une sorte de trépan qui n'a rien à voir avec les vrilles dont on se sert en Amérique, ni avec les mèches employées pour ponctionner les sinus. Ces vrilles et ces mèches ne font que trouer, forer; mes fraises trépanent, enlèvent une partie plus ou moins notable de tissu osseux.

En effet, et c'est sur ce point que je tiens à insister aujourd'hui, ces fraises sont destinées à être employées dans les sténoses nasales dépendant exclusivement du squelette.

S'agit-il d'une hypertrophie des cornets ? Les fraises sont d'un usage très commode, mais peuvent, à la rigueur, être remplacées par le ciseau ou la gouge. Les crêtes de la claison sont assurément enlevées, plus ou moins facilement, au moyen de la scie. Mais que de difficultés n'éprouve-t-on pas dans l'usage de la gouge ou de la scie lorsqu'on se trouve en présence d'une de ces sténoses anciennes dans lesquelles les traitements antérieurs par les caustiques ou le galvanocautère ont créé des adhérences de la plus grande partie de la fosse nasale ? Pour que la scie agisse, il faut qu'on puisse lui imprimer le mouvement de va-et-vient nécessaire à son action ; ce n'est pas toujours possible quand il y a oblitération de la partie postérieure de la fosse nasale.

C'est dans ces cas que mes fraises trouvent principalement leur emploi. Lorsqu'on a pratiqué une large ouverture, qu'on a foré pour ainsi dire un tunnel dans la région, siège de la sténose osseuse, on se trouve maître de la situation : on peut avec le galvanocautère ou l'application de nouvelles couronnes de trépan agrandir la cavité.

L'observation suivante me semble résumer à merveille les indications de l'application des fraises et montre les services qu'on est en droit de leur demander :

Observation I. — L'été dernier on m'amène une fillette de quatorze ans; elle en paraît à peine huit ou neuf; elle est petite, peu développée, complètement sourde; elle a cependant assez d'intelligence. Son père est syphilitique; dès sa naissance elle a eu, dit la mère, des ennuis avec son nez : la respiration nasale se faisait mal et l'allaitement fut très pénible. On la fit voir à plusieurs médecins; le cathétérisme des trompes fut tenté à plusieurs reprises sans pouvoir être pratiqué. Quand je la vis, je crus d'abord à l'existence de granulations adénoïdes; mais l'examen digital et l'introduction de la pince me permirent de m'assurer qu'il n'en existait pas. Appliquant alors le spéculum, je constatai à gauche que la cavité nasale n'avait pas une longueur de plus de 0m,03 centimètres, et, avec le stylet, j'arrivai dans un infundibulum complètement sans issue. A droite la disposition était pareille, si ce n'est qu'il existait un léger pertuis par où passait un peu d'air quand l'enfant essayait de souffler fortement par le nez. La muqueuse était mince. La cavité nasale était ainsi formée : en dedans la cloison très épaissie; en dehors une partie de la volute du cornet inférieur dont le bord appuyait fortement sur le plancher; en haut la cloison rejoignait le cornet inférieur; quant au moyen, il était invisible. En se réunissant en arrière, cornet et cloison formaient le fond de l'infundibulum.

Dans ce cas, comment eût-on pu faire usage de la scie ? Avec la scie on enlève une saillie; on ne taraude pas, on ne fore pas, on ne crée pas une lumière dans un tissu résistant.

Chez la petite malade en question, après plusieurs tentatives infructueuses à l'aide de la gouge, j'appliquai une de mes fraises dans le fond de l'infundibulum et poussai l'instrument en mouvement jusqu'à ce qu'il eût pénétré dans la cavité pharyngienne.

Sans entrer dans les détails d'une observation *in extenso*, je puis dire qu'aujourd'hui, après trois ou quatre trépanations de chaque côté, l'enfant respire par le nez et sent (l'odorat est, en partie, non pas revenu puisqu'il n'existait pas, mais établi, à un faible degré il est vrai); il y a une notable amélioration de l'ouïe et l'enfant s'est beaucoup développée bien que la menstruation ne soit pas encore établie.

Je tenais à signaler cette observation pour bien faire ressortir les avantages qu'on peut attendre de cette méthode lorsque la sténose dépend du squelette. Ici il s'agissait d'une oblitération complète de la fosse nasale; lorsqu'il s'agit d'une crête de la cloison, l'opération est très rapide et dure

à peine quelques secondes. Le spéculum étant mis en place de façon à bien découvrir la crête qu'on veut enlever, on prend comme une plume à écrire la pièce à main dans laquelle est insérée la fraise en mouvement qu'on applique sur l'extrémité antérieure de la crête. On pousse l'instrument d'avant en arrière tant que l'on sent de la résistance et en suivant bien la direction de la cloison. Avec la fraise qui mesure 5 millimètres de diamètre, une seule application suffit ordinairement pour faire disparaître une crête de moyenne dimension.

Il arrive que la fraise, creusant un sillon, laisse, au-dessus et au-dessous de son trajet, de légères saillies qu'il est aisé de faire disparaître à l'aide du galvanocautère.

C'est à la fraise de 7 millimètres qu'il est préférable de recourir pour les cornets. Au point de vue du traumatisme, je dois dire que je n'ai jamais eu aucun accident sérieux. Sur environ 350 opérations, j'ai eu une fois des épistaxis qui se sont renouvelées à plusieurs reprises pendant une semaine ; et, une autre fois, un léger retentissement inflammatoire du côté du maxillaire supérieur.

Inutile de dire que les précautions antiseptiques doivent être rigoureusement appliquées.

Après le passage de la fraise, il est essentiel de bourrer la narine opérée avec de la gaze salolée ou salicylée dont on introduira avec force une mèche dans la cavité nouvellement créée. Il faut pratiquer des injections désinfectantes et renouveler le pansement tous les jours : ce n'est qu'au bout de deux ou trois semaines que, toutes traces d'inflammation et de suppuration ayant disparu, on se rendra bien compte du résultat obtenu.

DISCUSSION

M. Moure. — Les Allemands emploient, en effet, la curette, la gouge ou les cautérisations au galvanocautère. Quand aux Américains, ils ne se servent pas tous de la petite scie de Bosworth, car cet auteur lui-même préconise aussi l'usage de cette petite fraise. Le drill est connu en Amérique depuis plus longtemps que chez nous, et

Bosworth en indique une série imaginée par Bronner pour ces sortes de perforations; c'est un procédé utile pour les régions qu'on ne peut atteindre, soit par l'électrolyse, soit par la scie. Non seulement le drill est utile pour certaines affections de la cloison, mais je crois qu'on pourrait aussi l'employer pour forer de petits ostéomes du nez; la tumeur, une fois perforée, s'affaisse peu à peu et on l'enlève aisément, sans pratiquer de trop grands délabrements. Je n'ai pas encore mis ce procédé en usage, parce que le drill n'est pas encore répandu chez nous, mais un de mes confrères d'Amérique, M. le Dr Roaldès, m'avait déjà dit qu'il se servait du drill électrique dans la plupart de ses opérations sur le squelette du nez.

La fraise peut aussi s'employer dans les empyèmes de l'antre d'Highmore; elle est excessivement commode : qu'on ouvre ces empyèmes par le nez ou par l'alvéole. On fait alors le trou de la grandeur qu'on veut, en l'élargissant à volonté au moyen de fraises de plus en plus grosses. On a ainsi un trou très net, et l'opération n'est pas trop désagréable pour le malade.

M. Suarez de Mendoza. — Il y a douze ans que je me sers de la machine de White au lieu du drill français ; on peut y adapter à peu près les mêmes instruments et j'ai enlevé de la sorte des ostéomes nasaux. J'ai fait des perforations dans l'empyème de l'antre d'Highmore. L'opération n'est pas plus douloureuse que la piqûre avec la seringue de Pravaz. Je crois que le drill devrait être dans tous les arsenaux des spécialistes.

M. Astier. — Lorsque, il y a dix-huit mois, j'ai employé le drill pour la première fois, je n'avais pas connaissance des travaux signalés par mes confrères.

J'insiste de nouveau sur les services que m'a rendus la fraise qui permet d'enlever, à la pointe de l'épée pour ainsi dire, une crête osseuse.

On a cherché à utiliser cet instrument lorsque l'atrésie était due à un épaississement de la muqueuse, mais cela ne sert à rien autre chose qu'à faire saigner la membrane.

DU TRAITEMENT DES SUPPURATIONS REBELLES DU SINUS MAXILLAIRE

Par le Dr CARTAZ (de Paris).

Si l'on consulte la liste déjà longue des observations publiées d'abcès du sinus maxillaire, on constate, qu'à côté de cas très simples et guéris rapidement par l'intervention chirurgicale, il en est un bon nombre où l'amélioration est rapide, mais la guérison complète fort tardive.

Tel de ces cas a demandé plusieurs mois, plusieurs années, pour aboutir à la suppression de toute suppuration. Le diagnostic avait été cependant bien établi ; l'opération, ponction par les fosses nasales, perforation de l'alvéole dentaire, avait démontré, par l'écoulement du pus, le facile nettoyage de la cavité et la suppression partielle et temporaire de la suppuration nasale, l'existence avérée d'un abcès ayant son foyer dans l'antre d'Highmore. Mais que le malade vînt à cesser les lavages, que, pour une raison ou une autre, le tube à drainage fût enlevé trop vite, que l'orifice évacuateur fût oblitéré, aussitôt on voyait reparaître l'écoulement par le nez et tous les symptômes amendés par l'opération surgir comme par le passé.

J'ai observé, et sans doute quelques-uns de mes confrères ont eu l'occasion de constater des faits semblables, plusieurs cas où la suppuration ne remontait pas à un temps bien éloigné, où tout semblait indiquer une cure facile et prompte, et pourtant je me voyais dans la nécessité de maintenir pendant de longs mois la fistule opératoire. Est-il donc possible, avant toute intervention, de pronostiquer le degré de curabilité plus ou moins rapide de ces abcès ? Est-il possible d'expliquer, en dehors des examens nécropsiques fort rares pour une lésion de ce genre, la cause de ces différences entre des cas en apparence tout à fait analogues ?

Il est un premier symptôme qui permettra, d'une façon relative, il est vrai, d'établir un pronostic plus réservé : c'est la longue durée de la suppuration au moment où le

malade vient réclamer des soins. Que depuis des mois, des années, il existe par le nez un écoulement purulent, et que cet écoulement ait vraiment son origine dans le sinus maxillaire, il y a gros à parier qu'il ne s'agit plus d'une rétention simple, d'une inflammation superficielle. La muqueuse, si elle est seule atteinte, doit être profondément modifiée, le squelette sous-jacent peut être également malade. Malheureusement, nous n'avons guère de symptômes propres à nous renseigner sur l'étendue de ces lésions, sur le degré de l'inflammation pas plus que sur sa nature.

L'éclairage par transparence avec la lampe électrique, indiqué par Voltolini, Heryng, est à coup sûr un procédé de diagnostic excellent; mais il n'est pas à vrai dire absolu. J'ai constaté, dans la grande majorité des cas, que les renseignements fournis par ce procédé étaient des plus nets et j'ai, pour ma part, la plus grande confiance dans les indications qu'on en peut tirer. Je n'ai jamais fait de ponction d'un sinus dont les parois ne devenaient pas translucides avec l'éclairage sans constater la présence de pus; inversement, dans trois cas, où malgré la translucidité, je me suis cru autorisé à perforer le sinus, guidé par le siège des traînéees purulentes sur le cornet moyen, sur la présence d'amas caséeux et purulents au voisinage de l'orifice nasal du sinus, dans ces trois cas, je n'ai rien retiré. Je ne contredis pas aux assertions de ceux qui ont eu des résultats contraires, et qui n'ont pas trouvé dans ce procédé tout ce qu'ils étaient en droit d'en attendre. Il faudrait peut-être savoir si les conditions réclamées par les promoteurs de ce moyen diagnostique ont été bien remplies; si l'on s'accorde sur le degré fictif ou réel de la transparence. En tout cas, les variétés de conformation du sinus et d'épaisseur des os, variables suivant les sujets, ne peuvent vraiment pas, s'il s'agit de conditions physiologiques normales, modifier les résultats de cet examen. Qu'il s'agisse d'un adulte, d'un vieillard; que l'on prenne un maxillaire avec saillie malaire plus ou moins proéminente, s'il n'existe pas de lésions des tissus,

de lésions des os, la transparence apparaîtra très nettement, si l'on se place dans les conditions voulues.

Cette translucidité a des degrés, quand la muqueuse est enflammée, quand la couche du pus est plus ou moins abondante, et c'est là peut-être tout le secret des divergences qui semblent exister entre les rhinologistes au sujet de la valeur de ce moyen. Si je me place à ce point de vue, je serai d'accord avec ceux qui critiquent, en disant que l'éclairage ne renseigne pas (dans certains cas, bien entendu) sur la quantité plus ou moins grande de liquide contenu dans l'antre, sur l'épaississement de la muqueuse ou sur d'autres lésions concomitantes. Sans m'étendre plus longuement sur ce point, je dirai donc que l'éclairage par transparence nous indique, par l'opacité des parois, la présence du pus dans le sinus, sans nous permettre toujours de préciser si l'abcès se présente dans des conditions de curabilité plus ou moins faciles. Il va sans dire que je ne m'occupe pas ici du diagnostic avec d'autres lésions du sinus, tumeurs, etc.

Je reviens, après cette digression, à mon sujet. L'ancienneté de la suppuration peut donner à supposer qu'une fois drainé, le sinus ne guérira peut-être pas aussi facilement qu'on le supposait.

Une autre cause peut être admise ; c'est la multiplicité de dents malades. Si une seule carie dentaire, portant sur la racine, déterminant de la périostite alvéolaire, peut provoquer par la suite une inflammation de la cavité d'Highmore, il est légitime de supposer que si plusieurs dents sont dans d'aussi mauvaises conditions, et j'ai en vue ici les dents qui sont d'ordinaire l'origine de ces abcès, prémolaires et premières grosses molaires, il est légitime de supposer que, même après l'extraction de la plus malade, il pourra persister un foyer d'irritation et une continuation de la suppuration, du fait des dents voisines.

Quoi qu'il en soit, il me paraît fort difficile d'établir, par l'examen le plus minutieux, les conditions pathologiques de l'antre d'Highmore et partant de poser un pronostic bien net sur le terme de la suppuration. Si l'on se reporte en effet

à quelques examens nécropsiques ou aux résultats donnés par des opérations plus radicales, on constate qu'il existe parfois, dans l'intérieur du sinus, des cloisonnements fibro-cartilagineux formant de véritables loges qui peuvent constituer autant de foyers, que le drainage par la fosse nasale ou l'alvéole ne vide qu'incomplètement. A la suite de ces suppurations prolongées, on a signalé des ostéites véritables qui résistent à de simples lavages antiseptiques. Dans une revue critique sur les abcès du sinus maxillaire, notre collègue Luc a signalé des guérisons obtenues après l'ablation de fongosités épaisses, de séquestres plus ou moins voulmineux. Les malades avaient été traités [illegible]gs mois sans aucun succès, si ce n'est la suppression temporaire de l'écoulement après chaque irrigation jusqu'au jour où on put supprimer la cause même de cette suppuration et provoquer la fermeture définitive de la fistule.

En présence de cas semblables, quelle conduite doit-on tenir? Lorsque dans un cas d'abcès du sinus, la perforation alvéolaire avec lavages antiseptiques bien faits n'aura pas suffi, après un long temps, à amener la suppression de l'écoulement, il est difficile de compter sur la guérison, sans une intervention plus complète. Rien ne presse, cela est évident, et il serait peu sage de vouloir agir trop vite. Mais le malade réclamera lui-même une thérapeutique plus énergique quand il ne verra survenir aucun changement après plusieurs mois de soins assidus.

Comme premier moyen, il sera indiqué de modifier l'agent antiseptique servant aux lavages, de faire, en tenant compte de la tolérance des muqueuses, des irrigations avec des solutions plus fortes. J'ai employé, en pareil cas, alternativement, des solutions phéniquées de 2 à 5 pour 100, les solutions un peu concentrées de sulfate d'alumine et de potasse, les insufflations d'iodoforme, d'aristol. Si ces divers pansements ne donnent pas le résultat désiré, je recours à une injection au chlorure de zinc au dixième, en ayant soin de ne lancer qu'une quantité de liquide suffisante pour remplir la cavité de l'antre. Je le laisse, suivant le degré de

réaction, six à huit minutes et je lave avec une solution boriquée. Je me suis servi, dans un cas, de la liqueur de Villatte, mais la réaction a été assez vive. Cependant après une recrudescence de la suppuration et quelques troubles névralgiques passagers, l'abcès a été définivement guéri.

Si les injections irritantes et caustiques n'ont donné aucun résultat, je suis d'avis de recourir à l'ouverture du sinus par la fosse canine et de pratiquer par cette ouverture un véritable curettage de la cavité. L'opération n'est guère plus compliquée que la perforation de l'alvéole; elle ménage un orifice plus large et permet même un éclairage direct de l'intérieur de l'antre par la lampe électrique.

Les deux faits suivants montreront que ce procédé était le seul qui pût être efficace, étant donné l'état pathologique de la cavité.

I. — Mme X..., âgée de trente-sept ans, bien portante, a été prise à la suite de l'influenza, en janvier 1890, d'un coryza chronique. Insignifiant au début, l'écoulement est devenu peu à peu assez abondant, d'une odeur assez pénétrante pour gêner considérablement la malade. Les lavages du nez qui lui furent tout d'abord conseillés amenèrent un soulagemept marqué, mais dès que les lavages étaient supprimés, l'écoulement reparaissait aussi tenace et aussi abondant, presque exclusivement par la narine droite.

Pendant un séjour en Suisse, un médecin reconnut l'existence d'une suppuration du sinus maxillaire, et conseilla l'ablation de la deuxième petite molaire, et l'ouverture du sinus par l'alvéole. La malade refusa cette opération. On fit alors une ponction par le nez; il est difficile d'obtenir de la malade des renseignements précis, et l'examen des fosses nasales ne révèle pas grand'chose sur le siège de cette soi-disant ponction. Comme on a extirpé quelques petits polypes et brûlé la muqueuse au galvanocautère, je suppose que la ponction a été faite par l'ouverture agrandie du sinus dans le nez.

Pendant quelques mois, l'écoulement resta peu marqué.

Avec un seul lavage par jour, Mme X... obtenait une liberté du nez suffisante pour éviter de moucher ou de renifler. Vers les premiers mois de 1891, à la suite, pense-elle, de refroidissement, le coryza reparut aussi intense que l'année précédente et l'écoulement fétide revenait de nouveau. C'est quelque temps après le début de cette rechute que la malade me fit l'honneur de me consulter.

La fosse nasale droite présente une muqueuse d'un rouge foncé sans tuméfaction considérable et partant sans obstruction nasale même partielle. Sur la queue du cornet moyen, traînée de flocons purulents; au niveau de l'orifice nasal du sinus, petit amas de pus caséeux. Pharynx rouge, avec saillies hypertrophiques du tissu adénoïde de la paroi postérieure. La fosse nasale gauche ne présente rien d'anormal, aucune suppuration. La deuxième petite molaire droite est le siège d'un petit point de carie au niveau du rebord alvéolaire. La malade n'accuse aucune douleur à ce niveau, et n'a jamais eu de névralgie d'origine dentaire. Les dents sont du reste très belles et en parfait état.

A l'éclairage par la lampe électrique, portée dans la cavité buccale, le sinus du côté gauche est absolument transparent. A droite, la transparence est bien moindre et est à peu près nulle dans le tiers supérieur, au niveau du rebord sous-orbitaire.

La malade, en dehors de l'écoulement nasal, de l'odeur, ne se plaint d'aucun malaise. Un peu de gêne douloureuse du côté de la joue, comme si, me dit-elle, elle avait pris un coup d'air. L'odorat n'est pas modifié.

L'existence d'un abcès du sinus ne faisait aucun doute. Je proposai à la malade ce qu'on lui avait déjà conseillé, l'ablation de la dent et la perforation de l'alvéole. Elle ne voulut pas en entendre parler et demandait cependant une opération radicale, pour en finir avec cette « infirmité insupportable ».

Je proposai l'ouverture par la fosse canine, mais en établissant des réserves, croyant fermement qu'il faudrait, un jour ou l'autre, faire le sacrifice de la dent si la malade ne voulait pas être exposée à des récidives.

L'opération fut faite avec l'aide d'un simple badigeonnage à la solution concentrée de cocaïne. Je fis une ouverture d'un centimètre et demi et retirai environ un bon verre à liqueur de pus grumeleux, pas très fétide. Après avoir lavé avec soin la cavité, je portai dans l'intérieur une très petite lampe électrique dont je me sers pour l'éclairage des fosses nasales (1) et je constatai que les parois étaient en quelque sorte tapissées par une sorte de pseudo-membrane granuleuse, qui ressemblait à ce que les anciens décrivaient sous le nom de membrane pyogénique. La muqueuse était épaissie, transformée, et je doute fort que dans ce cas, de simples lavages eussent suffi pour la modifier. Guidé par cet éclairage, je pus avec de fines curettes

(1) Modèle construit sur mes indications par M. Trouvé.

gratter avec précaution la plus grande partie des parois ; je dis la plus grande partie, car même avec une ouverture assez large, on n'est pas assuré d'atteindre toutes les anfractuosités. Puis je fis, à trois reprises, espacées de quatre jours, une injection au chlorure de zinc. La plaie était fermée par un épais bouchon d'ouate iodoformée ne laissant passer qu'un petit drain. J'eus la satisfaction de voir l'écoulement vite supprimé. Au bout de trois semaines, je laissai se cicatriser l'orifice et depuis un an, à peu près, que l'opération a été faite, la malade n'a pas eu de récidives.

La seconde observation est encore plus démonstrative pour la thèse que je viens d'exposer, car le malade avait eu le sinus drainé et bien lavé par une ouverture alvéolaire.

II. — M. X..., quarante-cinq ans, bonne santé, quoique rhumatisant. N'avait jamais eu de maux de gorge sérieux, bien qu'il soit grand fumeur. Il y a quatre ans, pendant un voyage, en Afrique, il dut camper, prit froid, s'enrhuma et eut un coryza assez violent. C'est à cet incident de son voyage qu'il faut, d'après lui, faire remonter l'origine de l'affection qui le tourmente depuis cette époque.

Sans insister sur des détails oiseux, je dirai qu'à la suite, se développa une rhinite purulente, qu'il fut pendant quinze mois traité pour cette rhinite, par des irrigations nasales, des insufflations de poudres, des cautérisations de la muqueuse.

A New-York, dans le cours d'un de ses voyages, un médecin reconnaît l'existence d'une suppuration du sinus, fait enlever les dents malades, et pratique la perforation alvéolaire. Le soulagement fut énorme et le malade se crut définitivement guéri. Son illusion fut, paraît-il, de courte durée. Les lavages enlevaient toutes les mucosités, nettoyaient le nez, la gorge, pour un temps plus long qu'auparavant ; mais dès qu'il cessait pendant un jour ou deux, il était repris de douleurs orbitaires et frontales et du même écoulement. Le malade me dit avoir tout essayé : solutions antiseptiques de tous genres, injections plus ou moins irritantes ; on lui a même fait deux injections iodées qui ont eu pour résultat le plus clair de provoquer des accidents d'iodisme assez intenses.

Lorsque je le vis pour la première fois, il y a dix-huit mois, je ne sus guère que lui conseiller. Les médicaments de toute sorte avaient été essayés sans résultats. Il ne restait pas de dents malades capables

d'expliquer cette prolongation de la suppuration. Il n'existait auucn signe indiquant une suppuration des sinus frontal ou ethmoïdal. Je soumis à nouveau (il l'avait été une fois déjà il y a un an) le malade au traitement spécifique, car il accusait la syphilis à l'âge de vingt-cinq ans. Je fis, comme mes confrères, de nouvelles injections irritantes, sans aucun résultat.

C'est à peu près à ce moment que je soignais la malade précédente. Je proposai alors la même opération qui fut acceptée d'emblée, et faite dans des conditions très simples.

Je pus me rendre compte alors de l'insuccès de toutes les tentatives faites jusqu'ici. La cavité était divisée en trois loges par des cloisons fibro-cartilagineuses, en partie détruites à la partie supérieure, mais cloisonnant absolument le fond de l'antre. L'une de ces loges qui communiquait directement avec l'orifice alvéolaire était absolument vide. Les deux autres contenaient une cuillerée à café de pus verdâtre et, dans la plus interne, je sentis avec le doigt, et je vis à la lumière électrique portée directement dans la cavité, un amas de fongosités que j'eus beaucoup de peine à détacher en raison de leur siège difficile à atteindre avec la curette. Je brisai toutes les cloisons avec les pinces emporte-pièce pour le nez, avec les ciseaux, et je pus, en trois séances, arriver au nettoyage à peu près absolu de la cavité. Je fis à la suite quelques injections modificatrices et j'ai pu amener chez ce malade une guérison complète.

D'après ces deux faits, les seuls dans lesquels j'aie eu recours à l'ouverture par la fosse canine, on peut voir qu'il existe un certain nombre de cas où la suppuration est maintenue par une disposition particulière de la cavité, par des modifications profondes de la muqueuse, que les lavages ne suffisent pas à transformer. Il sera toujours difficile de juger par avance de l'étendue et de l'importance de ces lésions; aussi, l'opération par cette voie ne peut-elle être conseillée que dans des cas spéciaux, quand les moyens ordinaires auront été impuissants à amener la guérison. Je les crois moins rares qu'on ne pourrait le supposer; c'est à ce titre que j'ai pensé qu'il était intéressant de publier cette courte note. Il me paraît inutile d'insister sur l'opération elle-même qui se trouve décrite depuis longtemps dans les traités de chirurgie.

DISCUSSION

M. Moure. — J'ai vu, comme M. Cartaz, pas mal d'empyèmes résistant à tous les traitements ordinaires et justiciables de l'intervention chirurgicale. Mais dans cette intervention, il faut apporter la plus grande prudence. En effet, d'ordinaire les parois osseuses sont amincies, et la paroi orbitaire, en particulier, est d'une minceur extrême. C'est une petite lame papyracée qui se laisserait traverser avec la plus grande facilité. La preuve de cette minceur, c'est qu'on peut voir dans l'intérieur de certains sinus, au moyen de l'éclairage par transparence.

J'ai fait sur un certain nombre de crânes des coupes du sinus maxillaire, dont les parois présentent, selon les individus, des différences considérables. On trouve, à l'intérieur de ces cavités, des tractus ostéo-fibreux ayant des positions et des dimensions différentes, qui empêchent d'aller où on voudrait, même avec la curette. Du reste, il y a un très grand nombre d'empyèmes qui ne sont pas aussi graves qu'on les dit d'habitude, et dans lesquels un simple lavage suffit pour faire disparaître les accidents pendant des mois et des années. Le malade reste porteur de son affection, mais sans une trop grande gêne; et on peut le traiter ainsi, sans lui faire courir les risques d'une opération; c'est une sorte de demi-guérison, parfois suffisante.

M. Garel. — Je crois avec mon collègue M. Cartaz que dans quelques cas, rares il est vrai, il faut une grande opération par la fosse canine pour guérir quelques empyèmes rebelles au lavage. Cependant le lavage prolongé m'a donné dans un cas un résultat inespéré. Il s'agissait d'un empyème remontant à quinze ans. Je fis le lavage par l'orifice naturel et, chose curieuse, je pus apprendre au malade à se laver lui-même par l'orifice naturel. Néanmoins, ce n'est qu'après trois mois de lavages boriqués quotidiens que le malade guérit complètement.

Pour ma part, je pense qu'une grande intervention ne s'impose qu'après un insuccès définitif des lavages par le méat inférieur. Quant à la bénignité des empyèmes, elle n'est pas toujours démontrée. J'ai connu une malade qui avait chaque soir une température de 38°,5 à 39° depuis deux ans environ, et qui ne guérit qu'après opération de son empyème ignoré jusqu'à ce jour.

M. Moure. — Le cathétérisme du sinus maxillaire est, pour M. Garel, une pratique simple et facile. Je ne suis pas de cet avis. En effet, il ne faut pas oublier que d'une part l'orifice de l'antre est souvent caché et en grande partie recouvert par la lèvre ostéo-muqueuse de

l'infundibulum, et que d'autre part la paroi osseuse du sinus dans le méat moyen est souvent d'une minceur extrême, absolument papyracée. Aussi suis-je assez disposé à croire que bien des cathétérismes sont de simples perforations de cette lame dans laquelle on pénètre avec une étonnante facilité. C'est ce qui résulte de recherches que j'ai faites sur un certain nombre de cadavres.

M. Cartaz. — Mes collègues se sont mépris sur la portée de ma communication : je n'ai pas l'intention d'ériger en méthode ni l'ouverture par la fosse canine, ni le curettage ni toute autre opération. Je n'ai pas voulu soulever de discussion sur l'empyème en général; je parle seulement de cas dans lesquels la maladie est arrivée à un degré tel que le malade réclame une intervention, alors qu'on ne peut pénétrer dans l'antre par la voie alvéolaire, ou que cette voie n'a pas suffi à amener la guérison de l'abcès. Il ne faut pas oublier qu'on pénètre souvent par des orifices accessoires. Je ne serai pas de l'avis de M. Garel sur la facilité de la ponction du sinus par l'orifice naturel; dans la plupart des cas, elle est plus difficile qu'il ne le dit, et s'il a pu arriver si facilement à la pratiquer, cela prouve tout simplement en faveur de son habileté.

Je ne suis partisan de la ponction par le méat inférieur qui permet tout au plus d'arriver dans le plan moyen du sinus, de telle sorte que, dans les abcès chroniques, le liquide qu'on introduira ne détergera pas suffisamment la cavité. Je suis toutefois d'accord avec M. Garel pour reconnaître qu'il faut d'abord pratiquer des lavages énergiques assez fréquents et n'arriver que plus tard à l'opération. Il faut, en un mot, procéder du simple au composé.

Dans ma communication, je n'ai eu en vue que les cas rebelles, dans lesquels il faut ouvrir une voie aussi large que possible, sans faire de trop grands délabrements. Tous les traitements avaient été essayés chez mes malades et j'ai cru me trouver en présence de toutes les indications possibles d'une intervention active.

AFFECTION PEU CONNUE DES AMYGDALES

Par le Dr **HICGUET** (de Bruxelles).

Comme vous le savez, les cryptes de l'amygdale sont le lieu où s'accumulent, de préférence, les microorganismes, point de départ des différentes maladies de l'amygdale. C'est d'une affection de ces cryptes que je veux vous parler.

Lorsque je vis la première fois la malade, on pouvait songer au mycosis; mais l'examen microscopique pratiqué par un médecin auquel je puis attribuer une certaine compétence, m'a inspiré certains doutes sur la nature de l'affection. Il s'agit d'une jeune fille d'environ treize ans, qui vint me consulter il y a peu de temps pour un mal de gorge datant d'un mois. Les douleurs peu intenses gênent à peine la déglutition. Pas de mouvement fébrile. A l'examen, je trouve les amygdales de volume à peu près normal; les cryptes sont remplies de matière caséeuse blanc grisâtre. Sur cette matière caséeuse, on voit de petits filaments faisant saillie et ayant tout à fait l'aspect d'un poil de brosse implanté dans la crypte.

Je pus en enlever quelques-uns avec une pince pour les soumettre à l'examen microscopique.

Le résultat de l'analyse qui me fut communiqué fut que ces filaments étaient des lamelles de nature cornée épidermique, sans autres éléments.

Comme traitement, je cautérisai tous les points au galvanocautère et j'obtins la guérison assez rapidement.

DISCUSSION

M. Moure. — Je crois que M. Hicguet a assisté chez cette malade à l'évolution de la mycose tonsillaire, qui disparaît en effet en général après le traitement appliqué par notre confrère.

M. Charazac. — Je ne doute pas que si l'examen microscopique avait pu être fait, on aurait trouvé le mycelium du champignon. Néanmoins le fait de M. Hicguet est intéressant, en ce que l'analyse chimique ne révèle pas, d'ordinaire, de la substance cornée.

M. Garel. — Je tiens à faire remarquer que le mycosis de l'arrière-gorge est une affection relativement fréquente. Pour ma part, j'en possède au moins dix-huit observations. L'affection doit être souvent méconnue et confondue avec l'amygdalite à points blancs. Certaines parcelles de mycosis enlevées à la pince présentent à leur partie profonde une extrémité effilée en cône dur, d'aspect jaunâtre. Cette consistance de la pointe doit provenir de sels calcaires incrustés; elle explique en outre la difficulté que l'on éprouve souvent dans l'extraction de certains îlots de mycosis.

Le mycosis paraît être plus fréquent dans la seconde enfance; j'ai

même eu l'occasion d'en observer deux cas dans la même famille; mais cela ne prouve pas que l'affection soit contagieuse, car les deux malades ont été frappés à un an d'intervalle.

M. Ferras (de Luchon). — Je comprends l'hésitation de M. Hicguet, car si les dépôts phosphatés se présentent le plus souvent sous forme d'amas, ils ne contiennent pas les filaments isolés que l'on rencontrait dans le cas communiqué.

M. Hicguet. — Je ne suis pas étonné de l'opinion que viennent de formuler mes collègues. L'idée de mycosis tonsillaire m'est naturellement venue tout d'abord à l'esprit. Si j'ai mis un point d'interrogation après mon diagnostic, et si j'ai rapporté le cas, c'est parce que la production amygdalienne s'écartait des descriptions connues du mycosis.

ANESTHÉSIE PAR LE BROMURE D'ÉTHYLE

Par le Dr **LUBET-BARBON** (de Paris).

Cette communication n'est pas nouvelle, puisque j'ai déjà publié plusieurs petits travaux sur ce sujet; toutefois je crois nécessaire d'y revenir parce que je me suis sans doute mal fait comprendre; plusieurs de mes confrères, en effet, n'ont pas obtenu de cette méthode les résultats qu'ils étaient en droit d'en attendre; plusieurs mêmes ont eu des accidents.

Il est nécessaire, dans une spécialité comme la nôtre, qui s'adresse souvent à de petites choses et dans laquelle il faut des interventions rapides, sur des points douloureux, d'avoir à notre disposition autre chose que de la cocaïne, médicament parfois infidèle, surtout dans les cas où la peur morale, si je puis m'exprimer ainsi, est plus considérable que la peur physique; pour les enfants, en particulier, qui ne comprennent pas qu'après qu'on leur a passé dans le nez ou dans l'oreille un petit pinceau, ils ne souffriront plus lorsqu'on y introduira un instrument quelconque. Il est donc indispensable de pouvoir se servir d'anesthésiques généraux, mais ces anesthésiques, et le chloroforme en particulier, sont dangereux; c'est cette

préoccupation qui m'a conduit à employer un anesthésique aussi rapide et oserai-je ajouter, aussi sûr que le bromure d'éthyle. Je l'emploie depuis trois ans, pour presque toutes les affections douloureuses, et j'ai déjà enlevé par ce moyen plus de 600 végétations adénoïdes, près de 40 queues de cornets, soit chez les enfants, soit chez les adultes, une grande quantité de polypes de l'oreille; j'ai enlevé également 5 manches du marteau et pratiqué 4 ténotomies.

On n'est pas obligé, comme pour le chloroforme, de verser goutte à goutte sur une compresse; ce n'est pas non plus un gaz toxique qu'on soit obligé de mélanger à l'air pour éviter l'asphyxie; on peut le donner à haute dose, d'un seul coup, et ce qui fait qu'on a trouvé son usage infidèle, c'est précisément parce qu'on ne l'a pas administré pur, et qu'on s'en est servi comme on se sert du chloroforme.

J'ai l'habitude de placer, sur le bouche ou sur le nez, un masque presque hermétique, et je verse sur ce masque le bromure d'éthyle jusqu'à ce qu'il en soit bien imbibé. Dans ces conditions, il suffit de trois ou quatre inhalations pour obtenir une anesthésie suffisante pour enlever des végétations adénoïdes par exemple. Dès que le malade est réveillé, il reprend ses sens tout de suite, et peut produire l'hémostase lui-même dans le fond de son nez. Je dois dire, toutefois, que j'ai observé quelques accidents, mais assez peu graves; une sorte d'aliénation mentale, en particulier, qui se produit au moment du réveil. On a publié dernièrement deux cas de mort; mais y a-t-il jamais eu un procédé médical qui ne donnât pas de mécompte; je tiens à répéter néanmoins que presque tous les accidents sont dus à une administration mal comprise.

DISCUSSION

M. Moure. — J'ai eu l'occasion de voir M. Lubet-Barbon employer le bromure d'éthyle ; je m'en suis servi plusieurs fois chez les enfants et j'ai obtenu d'excellents résultats. Dans les végétations adénoïdes surtout, c'est merveilleux : on obtient par ce moyen une immobilité absolue et même une sorte d'hypnose du malade, qui obéit aux

commandements que vous lui faites alors qu'il est endormi ; une fois l'opération terminée il recouvre ses sens, peut se moucher et se débarrasser du sang qu'il a dans l'arrière-gorge.

Pour l'ablation des végétations adénoïdes, le bromure d'éthyle a sur le chloroforme un immense avantage, celui de permettre d'opérer l'enfant assis sur une chaise. L'emploi de cet agent me semble donc préférable pour les opérations de courte durée, sur les jeunes sujets, chez lesquels il n'a pas provoqué encore, je crois, les graves accidents dus parfois au chloroforme.

M. Cartaz. — Si ma mémoire ne me fait pas défaut, les journaux américains ont relaté quatre cas de mort, imputables au bromure d'éthyle. C'est donc un anesthésique qu'il faut manier avec précaution, comme le chloroforme, et j'estime qu'on ne doit pas l'employer pour des opérations d'une trop longue durée.

M. Hicguet. — M. Lubet-Barbon nous parle de phénomènes cérébraux, d'une sorte d'exaltation que l'on peut observer pendant un quart d'heure, une demi-heure, chez les enfants anesthésiés avec le bromure d'éthyle. Ce sont des accidents que l'on n'a pas à redouter avec le chloroforme, qui est plus facilement supporté par les enfants que par les adultes.

Je fais respirer à mes petits malades quelques bouffées de chloroforme ; je provoque ainsi un état d'ivresse qui me suffit pour agir.

J'agis ainsi dans la clientèle privée, parce que les enfants non anesthésiés ont une peur terrible, et ne veulent plus se soumettre à une seconde intervention ; ils se sauvent dès qu'ils aperçoivent la maison du médecin.

Toutefois, à mon dispensaire, j'opère sans faire usage du chloroforme ; mais aussi quels cris, quels hurlements dois-je entendre !

Je termine en disant que je ne crois pas aux dangers du chloroforme, si l'on se borne à quelques inhalations, et que contrairement à M. Moure, je n'éprouve aucune difficulté à opérer les malades la tête en bas.

M. Suarez de Mendoza. — Je vous demande, messieurs, si vous croyez tous qu'il soit absolument nécessaire d'anesthésier les enfants pour opérer les végétations adénoïdes, ou si quelques-uns d'entre vous croient comme moi que le chloroforme doit être réservé seulement pour les sujets par trop indociles et pour ceux qui, doués d'une sensibilité presque maladive, sont pris d'une vraie frayeur à l'approche des instruments. Avec un peu de patience et en procédant les premières fois avec une extrême douceur, on arrive très souvent à faire accepter à l'enfant deux ou trois séances par semaine, et en deux semaines en général la guérison est obtenue.

J'ai eu occasion de faire l'ablation des végétations cent et quelques fois et je n'ai eu guère souvent recours au chloroforme. Il me semble donc que si peu de danger qu'il y ait à donner du chloroforme, il est toujours plus inoffensif de s'en passer quand on le peut.

M. Garel. — Comme M. Suarez, je ne pratique jamais l'anesthésie pour enlever les tumeurs adénoïdes. Les grandes résistances de la part des enfants sont relativement rares. J'ai soin de faire une bonne anesthésie locale avec la cocaïne; le premier coup de pince donné, l'enfant rassuré laisse assez facilement terminer l'opération.

S'il est démontré que le bromure d'éthyle n'est pas dangereux, cet agent peut être un bon adjuvant pour ce genre d'opération.

M. Lubet-Barbon. — Je ne veux pas discuter la manière de faire de MM. Suarez et Garel, qui peuvent se passer d'anesthésique. Quant à M. Hicguet qui se contente de faire respirer quelques bouffées de chloroforme, je lui répondrai que l'asphyxie par cet agent se produit surtout au début de son administration.

On sait, en effet, qu'il faut établir une distinction entre les noyés blancs et les noyés bleus. Le noyé blanc, c'est le syncopé; il n'y a plus rien à lui faire; le noyé bleu, au contraire, peut être ramené à la vie; de même le chloroformique blanc n'est plus qu'un cadavre, tandis que le chloroformique bleu peut encore être ranimé.

Si bien que la pratique de M. Hicguet ne diminue en rien les dangers de la chloroformisation.

SUR QUELQUES INCONVÉNIENTS DE LA DOUCHE NASALE ET SUR LE MOYEN DE LES ÉVITER

Par le Dr Ferdinand **SUAREZ DE MENDOZA** (d'Angers).

La douche nasale employée, tantôt pour éliminer les sécrétions liquides ou solides des fosses nasales, tantôt pour nettoyer la caisse naso-pharyngienne encombrée de caillots résultant de l'intervention chirurgicale, tantôt pour y porter au contact des muqueuses malades des agents médicamenteux, est aujourd'hui si employée, non seulement par les spécialistes qui, en remplissant l'indication, font œuvre de bien, mais aussi à tort et à travers par le médecin ordinaire, qu'on croirait volontiers, en voyant l'abus qu'ils font de son

usage, que le procédé (panacée des affections nasales) a en partage toutes les vertus curatives et que son emploi, bien ou mal conseillé, n'a pu jamais occasionner le moindre accident.

J'ai eu bien des fois à soigner des otites occasionnées par des douches nasales qui avaient été prescrites ailleurs, dans des cas de polypes, de rhinites hypertrophiques, de catarrhes chroniques ou d'ozène, et qui sûrement auraient été évitées en mieux conseillant le malade.

Mais le but de cette note n'est pas de montrer les inconvénients qu'il y a à renvoyer un malade à son *irrigateur*, sans autre forme de procès, dès qu'il se plaint d'une affection nasale ou naso-pharyngienne. Le sujet serait déplacé parmi nous; c'est pourquoi je compte le traiter bientôt longuement dans une revue de médecine générale.

Aujourd'hui, je désire seulement insister sur ces cas où, tout en prescrivant classiquement les choses et en nous donnant même la peine de faire l'éducation du malade, nous avons à déplorer l'introduction des liquides dans la caisse. Complication désagréable surtout lorsque, après une opération dans la cavité naso-pharyngienne, celle-ci se trouve remplie de matières plus ou moins septiques.

Pour éviter semblable accident, j'ai pris l'habitude, depuis deux mois, de ne jamais ordonner une douche nasale sans auparavant avoir constaté quelle est la perméabilité des fosses nasales, et, dans le cas où elle n'est pas complète, je réduis toujours l'épaisseur de la muqueuse à l'aide du galvanocautère, avant de commencer le traitement qui doit exiger l'usage des douches.

De plus, au lieu de me servir de différents appareils qui envoient le liquide avec des pressions variables, j'ai fait faire un petit récipient ayant la forme d'une pipe et contenant 200 grammes de liquide. La hauteur du récipient est de 5 centimètres sur un côté, et au milieu de la hauteur, c'est-à-dire à 2 centimètres et demi de la base, il existe un orifice, sorte de trop-plein qui laisse échapper du récipient le liquide qui tend à dépasser le niveau de 2 centimètres et demi qui

est la distance approximative entre le plancher fictif de la cavité naso-pharyngienne et le plancher de la caisse.

Pour prendre la douche nasale, le malade introduit dans les narines le bout du tuyau qui part du fond du récipient; puis, faisant venir l'extrémité du siphon ordinaire dans la cavité du récipient, celui-ci se remplit de liquide qui, à son tour, coule dans les fosses nasales avec une pression incapable d'atteindre la cavité tympanique.

DISCUSSION

M. Noquet. — Je ne puis qu'approuver M. Suarez de Mendoza, d'examiner soigneusement les fosses nasales et le naso-pharynx, avant de prescrire la douche nasale. Il est, en effet, très important de s'assurer que le chemin est perméable, et que la sortie du liquide injecté sera facile.

Depuis bon nombre d'années déjà, je conseille, de préférence au siphon de Weber, la seringue anglaise, en prenant soin de bien montrer au malade la façon de procéder, et jamais je ne constate le moindre inconvénient provoqué par la douche. A mon avis, la seringue anglaise expose moins que le siphon à la pénétration du liquide dans les caisses, parce que son jet est intermittent, et aussi parce que le malade peut cesser d'injecter dès qu'il éprouve le besoin de fermer la bouche.

Enfin, il me paraît important de recommander de n'employer pour les solutions à injecter que de l'eau bien filtrée ou tout au moins bouillie. De cette façon, si malgré toutes les précautions prises, il pénètre du liquide dans les caisses, comme il est aseptique, on n'a pas à redouter l'otite moyenne purulente.

M. Suarez de Mendoza. — La seringue anglaise présente également des inconvénients, le suivant par exemple : le malade, ne sachant pas graduer le jet, pousse souvent plus fort qu'il ne devrait.

A PROPOS DE L'OPÉRATION DES VÉGÉTATIONS ADÉNOIDES DU PHARYNX NASAL

Par le Dr **Louis ROUSSEAUX** (de Bruxelles).

L'année passée, Messieurs, nous avons présenté au Congrès belge de Laryngologie nos curettes électriques pour l'ablation des végétations adénoïdes du pharynx nasal. Notre communication ayant été reproduite *in extenso* dans la *Revue* (n° 11, 1891), nous n'avons nullement l'intention d'y revenir; nous voulons seulement, après avoir fait la description de l'instrument, vous montrer l'original et signaler les quelques modifications que l'expérience nous a engagé à y apporter. Nous dirons également, en peu de mots, notre manière de voir quant aux accidents consécutifs à l'ablation des tumeurs adénoïdes par les instruments tranchants ou électriques.

Nous nous sommes aujourd'hui servi de notre curette ou nous l'avons vu employer environ une centaine de fois.

Afin de rendre l'instrument moins flexible, nous avons remplacé le cuivre par le bronze phosphoreux, et au lieu de juxtaposer les fils conducteurs nous les avons superposés. Cette modification est très utile, surtout pour les médecins qui ont l'habitude de se servir d'instruments en acier.

Nous sommes également arrivé à isoler d'une façon parfaite les fils conducteurs en augmentant l'épaisseur de la soie et en faisant usage de quelques petites pièces en ivoire. Ce point a son importance : la curette sans cela s'échauffe au point de contact et le fil de platine reste absolument froid.

Dans un instrument bien fabriqué, le cuivre ou le bronze phosphoreux ne peuvent jamais s'échauffer.

Jusqu'à présent notre méthode n'était applicable qu'aux adultes. Afin de la généraliser et de pouvoir en faire usage pour de très jeunes enfants (un an, deux ou trois ans), nous avons fait fabriquer une curette présentant deux millimètres de moins en hauteur et en largeur (1). Celle-ci s'adapte très

(1) C. Albrecht, fabricant d'instruments à Tubingue.

bien à l'arrière-cavité des fosses nasales des très jeunes enfants. Nous l'avons vu employer une fois par M. le Dr Capart : le Dr Cheval s'en est servi deux fois, et nous-même à plusieurs reprises avec plein succès. Il faudra dans ces cas placer un bâillon et immobiliser l'enfant d'une manière absolue. Tout dépend de ces précautions préliminaires.

Inutile de vous rappeler, Messieurs, que pour des enfants de moins de deux ans, la plupart des auteurs se servent de l'ongle ; ils renouvellent ce grattage trois ou quatre fois à une huitaine de jours d'intervalle. Cela dans le but d'éviter toute hémorragie. — Méthode peu scientifique et d'une asepsie douteuse.

Nous trouvons également que la poignée pour anses galvanocaustiques est mieux à la main que celle pour galvanocautères, indiquée dans une note antérieure. Elle a de plus l'avantage d'offrir moins de résistance au courant.

Les tumeurs que nous vous présentons ont été enlevées, il y a quelques jours seulement, par notre confrère et ami le Dr Cheval. Nous aurions pu vous en montrer davantage, si nous avions de prime abord songé à l'intérêt que cette pièce pathologique pouvait vous présenter. Mais, Messieurs, elle est la justification de notre procédé. Vous pourriez de cette façon mieux vous rendre compte du mode d'action de notre curette.

Comme vous le voyez, la masse adénoïde est enlevée *dans sa totalité* et d'un trait. Fréquemment même elle tombe dans la bouche du malade.

M. le Dr Hermet (de Paris), qui nous a fait l'honneur de signaler notre méthode dans son remarquable travail sur les maladies de l'oreille, paru cette année, a donc mal interprété la valeur de notre intervention en disant (page 172) : « Le Dr Rousseaux (de Bruxelles) a tout » récemment proposé de *cautériser* les tumeurs adénoïdes » au moyen d'un véritable cautère galvanocaustique. »

Nous *cautérisons* le point d'implantation, cela nous le voulons bien ; mais nous *enlevons* tout ce qui dépasse la

muqueuse. (C'est même en cela que réside la caractéristique de notre méthode.)

La cautérisation pure et simple des végétations n'a rien de nouveau; elle se trouve decrite dans tous les traités des maladies du nez et des oreilles.

Déjà en 1885, Lincoln (de New-York) a proposé son cautère rétro-nasal, qui est encore un des plus commodes. Les cautères de Schech (de Munich) vous sont connus, et tout cautère galvanique, présentant une courbure convenable, peut rendre les mêmes services.

La question importante est de présenter à la tumeur une grande surface incandescente.

L'hémorragie consécutive est nulle.

Il n'y a pas de perte de sang succédant *immédiatement* à l'opération ou *accompagnant* celle-ci; quant aux hémorragies *éloignées* survenant plusieurs heures ou plusieurs jours après l'ablation des végétations, à l'époque de la chute des eschares, nous n'en avons pas d'exemple jusqu'à présent.

Et cependant ce fait a été mis en doute : « Le Dr Rousseaux prétend aussi (par la méthode électrique) éviter l'hémorragie et les accidents inflammatoires ou infectieux. » (Hermet, page 172.)

Mais tout dépend de l'intensité du courant.

Le fil de platine au moment de sectionner la tumeur ne doit pas dépasser le rouge sombre (600 degrés); c'est-à-dire 18 ampères environ pour la curette de la base et 20 à 22 ampères pour la curette latérale.

Pour arriver à ce résultat, il faut tenir compte de la déperdition de calorique due à la nature aqueuse des tissus entourant le fil au moment du passage du courant; c'est-à-dire que le fil devra être porté jusqu'au rouge cerise à l'air libre, respectivement 21 et 24 ampères, pour n'avoir plus que le rouge sombre au contact de la muqueuse. Il ne faut pas non plus que le fil *dans le pharynx* soit porté au rouge cerise ou au rouge blanc. A cette température, la galvanocaustie perd toutes ses propriétés hémostatiques ; l'opération

se fait trop rapidement, les artères sont coupées tellement vite, que la chaleur n'a pas eu le temps de se transmettre, et que le caillot n'a pas pu se former et oblitérer le calibre du vaisseau.

Tous ces degrés de rouge sont facilement obtenus au moyen d'un rhéostat.

Comme vous le savez, Messieurs, la galvanocaustie thermique donne des résultats diamétralement opposés suivant la température à laquelle on opère.

Nous avons du reste l'intention de faire faire une préparation microscopique d'une tumeur adénoïde fraîchement enlevée par nos curettes électriques, afin de nous rendre exactement compte de l'action du courant sur les tissus sectionnés.

L'instrument tranchant par contre donne lieu parfois à des hémorragies fort désagréables, tenaces, inquiétantes même; et il a fallu, dans certains cas, avoir recours au tamponnement des fosses nasales afin de pouvoir s'en rendre maître.

Nous avons recueilli une quinzaine d'accidents de ce genre.

Observation I. — Enfant de onze ans, opéré à dix heures du matin; à deux heures de l'après-midi il avait été pris d'un saignement de nez pour lequel on avait envoyé chercher un médecin du voisinage.

Celui-ci, sans demander d'explications, conseilla la position horizontale et pratiqua un tamponnement des fosses nasales antérieures avec de l'amadou.

C'étaient là, n'est-il pas vrai, des conditions admirables pour permettre à l'hémorragie pharyngienne de passer désormais inaperçue; aussi, dès que j'examinai le pharynx, je vis le sang qui coulait d'une façon continue de la paroi postérieure et se déversait dans l'estomac.

Au même moment, l'enfant fut pris de vomissements et rejeta deux cuvettes de sang coagulé. A dix heures du soir seulement je me rendis maître de l'écoulement sanguin. (Dr P. Hermet. — Leçons sur les maladies de l'oreille faites à l'hôpital des enfants malades, dans le service de M. le professeur Grancher.)

Obs. II. — Un monsieur habitant Liége présente à la base du crâne une petite tumeur adénoïde de la grosseur d'une noisette. Après l'opération par la curette de Gottstein, il se déclara une hémorragie qui dura plusieurs heures. Il a fallu pour s'en rendre maître faire le tamponnement des fosses nasales. (Cette observation nous a été communiquée par M. le Dr Capart, de Bruxelles.)

Obs. III. — Enfant de neuf ans opéré par la curette de Gottstein. Hémorragie peu abondante, mais pendant plusieurs heures. Tendances syncopales. (Dr L. Rousseaux.)

Obs. IV et V. — Dans deux cas, Woakes a éprouvé quelque ennui par suite de l'hémorragie, et dans l'un il fallut tamponner l'espace pharyngo-nasal pour arrêter le sang. (« *Post-nasal catarrh* », Londres.)

Obs. VI. — Un caillot de sang tombant sur le larynx est venu obstruer l'orifice glottique. L'accident n'a pas eu de suites fâcheuses. (Bryson Delavan.)

Les observations suivantes ont été réunies par Cartaz et publiées dans la *Revue des sciences médicales* du 15 juillet 1890. Nous en trouvons un résumé dans la *Revue internationale de Rhinologie, Otologie et Laryngologie*, tout récemment fondée par notre excellent confrère le Dr Marcel Natier.

Obs. VII. — Petite masse enlevée avec une pince pour assurer le diagnostic. Deux jours d'hémorragie. (B. Delavan.)

Obs. VIII. — Hémorragie de la voûte du pharynx chez un mulâtre de dix-neuf ans, à la suite de l'ablation d'une tumeur adénoïde faite par le Dr R. J. Hulls; un tampon astringent fait cesser l'écoulement. (Citée par Delavan.)

Obs. IX. — Les Drs Georges et Richard opèrent un enfant. Hémorragie grave, syncope. Enfant exsangue qui reste longtemps anémié. (Citée par Delavan.)

Obs. X. — Enfant de quatre ans; hémorragie profuse ; effets ressentis longtemps. (B. Delavan.)

Obs. XI. — Jeune fille, seize ans, lymphatique ; pharynx bourré de végétations de consistance moyenne. Nombreuses angines antérieures. Chloroforme, pince et grattage avec l'ongle ; hémorragie abondante s'arrêtant seule. Au huitième jour, sans cause appréciable, hémorragie d'une demi-heure ; on ne peut placer un tampon, la patiente n'étant pas docile. La malade est horriblement pâle ; pouls petit, plusieurs menaces de syncope. Les forces ne reviennent que plusieurs jours après. (Segond.)

Obs. XII. — Homme, vingt-huit ans ; tumeurs adénoïdes anciennes ; près de la trompe gauche (au-dessus et en arrière), végétation du volume d'un gros pois ; ouïe diminuée à gauche. Tissu mollasse, enlevé à la pince coupante ; écoulement insignifiant. Quelques heures plus tard, hémorragie durant deux heures, malgré irrigations froides, puis très chaudes ; arrêtée par tampon imbibé de cocaïne à 20 pour 100 laissé cinq minutes ; le tamponnement permanent est refusé. Le soir l'hémorragie reparaît et s'arrête seule ; café noir, potion d'ergotine. Le sang recommence à couler de nouveau ; tamponnement postérieur, puis antérieur déplacé par éternuements. Hémorragie, tamponnement. Le lendemain amygdalite droite ; tampon enlevé après trente heures. Dans la nuit, nouvelle hémorragie, syncope ; le tampon est laissé quarante-huit heures.

Anémie consécutive qui dure deux ou trois mois. (Ruault.)

Obs. XIII. — Homme, dix-huit ans : hypertrophie amygdalienne, pharyngienne granuleuse ; tumeurs adénoïdes, obstruant presque les fosses nasales, consistance ferme, fibroïde. Ignipuncture des amygdales. Pince coupante. Excision des tumeurs avec la pince. Après la quatrième séance une simple masse à la partie antérieure de la voûte ; elle est enlevée en deux ou trois coups. Écoulement sanguin modéré. Vingt heures après, hémorragie rebelle (deux heures et demie), syncope. Pas de tamponnement. Le malade se remet vite. L'ablation est terminée au galvanocautère. (Ruault.)

Obs. XIV. — Fillette, neuf ans et demi. A gauche, surdité (scarlatine), obstruction tubaire, sténose nasale, atrophie et relâchement du tympan. Épaisses végétations. Enlevées à la pince et badigeonnées avec alcool et glycérine boriquée ; elles ne saignent pas. Deux heures après, hémorragie et crachements de sang qui durent une heure. Nuit bonne. Départ pour Valenciennes. Le jour même, hémorragie buccale et nasale assez rapidement terminée. Pâleur pendant une huitaine. (Gellé,

Obs. XV. — Demoiselle, dix-sept ans; gêne respiratoire nasale, défaut de prononciation. Bien formée, n'a jamais été gravement malade. La nuit respiration gênée, ronflement; bouche toujours ouverte, voix nasonnée; coryzas fréquents, éternuements; cornets inférieurs hypertrophiés n'obstruant pas les fosses nasales. Pharyngite glanduleuse. Tumeurs adénoïdes molles, rénitentes, saignant à l'examen digital. Cornets cocaïnés, touchés au galvanocautère, Ensuite ablation des tumeurs avec la pince de Lœwenberg après badigeonnage de cocaïne au 1/5. Deux séances espacées de huit jours, peu d'hémorragie, et la troisième fois écoulement arrêté par un lavage à l'eau très chaude. Quinze heures après l'opération, hémorragie abondante qui s'arrête seule. La malade avait des coliques prémonitoires des règles; sinapismes sur le haut des cuisses. Le soir, menstrues débutent. Un peu de faiblesse à la suite. (Cartaz.)

Obs. XVI. — Hémorragie reparue deux heures après opération chez une jeune fille de dix-sept ans. Tamponnement postérieur. La tumeur était très dure et avait beaucoup saigné pendant l'ablation. (Scott Renner.)

Ces faits inspirent à Cartaz les réflexions suivantes :

Chez les hémophiles, abstention absolue, le galvanocautère même pouvant être dangereux.

Chez les autres sujets plusieurs causes peuvent être incriminées :

1° La lésion de vaisseaux d'un certain calibre; ce calibre étant très variable dans les tumeurs adénoïdes (Mégevaud);

2° L'ablation d'une partie du voile ou de la muqueuse. Ces accidents sont survenus surtout quand il n'y a pas eu d'anesthésie (car alors les mouvements du voile n'étant pas annihilés, il est plus facilement saisi par la pince);

3° La consistance fibroïde des tumeurs, et l'âge des malades, les tumeurs étant plus dures chez les adultes;

4° La coïncidence de l'opération et de la période menstruelle;

5° Des inflammations récentes de l'arrière-gorge; il en est pour les tumeurs adénoïdes comme pour les amygdales; en cas de pharyngite récente, reculer l'opération.

Il n'est pas facile de savoir d'où vient le sang : la rhinos-

copie postérieure n'est pas possible, l'exploration digitale renseigne insuffisamment.

A ces observations nous pourrions en ajouter bien d'autres; mais beaucoup de cas nous sont inconnus, ou n'ont pas été publiés. Le facteur *hémorragie* ne mérite donc pas le peu d'importance que quelques auteurs lui accordent, et nous avons le devoir d'en tenir compte.

Chatellier, qui a fait une excellente étude des tumeurs adénoïdes, ne parle pas d'hémorragies graves, mais il dit « avoir vu parfois des pertes de sang assez abondantes » succéder à l'ablation des tumeurs au moyen des pinces ». Il a même, dans le but de « réduire celles-ci au minimum », imaginé un instrument que nous n'avons pas à décrire ici, mais dont le principe est le même que le nôtre, la tumeur étant également sectionnée par un fil de platine porté au rouge par l'électricité. (H. Chatellier: *Maladies du pharynx nasal*, 1890, page 122.) Mais à côté de cette hémorragie inquiétante, rare et exceptionnelle même, vu le grand nombre d'enfants journellement opérés, combien d'épistaxis de moyenne intensité, uniquement désagréables ! Sur ce point nous sommes tous d'accord. Et pourrait-il en être autrement quand on songe à la vascularité du tissu sur lequel on opère et à la nature chloro-anémique de nos enfants des grandes villes ?

Vous avez, comme nous, fréquemment assisté à des scènes du genre de celle-ci : Voilà un enfant qui vient d'être opéré par la curette de Gottstein ou de Hartmann, peu importe; il saigne du nez : son mouchoir, sa figure, tout est rouge et rempli de sang, et pour cela il n'en faut pas beaucoup. Cette vue l'impressionne, le pauvre petit pleure et crie, non pas tant parce qu'il a eu mal (la douleur ne l'émeut guère), mais surtout parce qu'il saigne. Les parents sont en émoi, et tous les enfants et malades de l'hôpital le sont aussi.

Eh bien ! Messieurs, pourquoi vous créer tous ces ennuis, ces pertes de temps, si l'électricité peut vous les épargner ?

De plus, l'instrument que nous vous présentons est d'une application facile. D'autre part, les tumeurs que nous avons

montrées vous indiquent le résultat obtenu, sans tenir compte même de l'action caustique sur le point d'implantation et de la rétraction cicatricielle. Quant à l'effet moral produit sur le petit malade et sur son entourage, croyez bien que le médecin a tout intérêt à répandre le moins de sang possible.

A propos des accidents infectieux ou inflammatoires se produisant dans les mêmes conditions, c'est-à-dire après l'opération des tumeurs adénoïdes par les instruments tranchants, ils sont en réalité à peine signalés.

Nous ne connaissons que les suivants :

Deux cas de fièvre traumatique (Moldenhauer) ;

Un cas d'érysipèle de la face (C. Michel) ;

Un cas d'angine légère et d'adénite cervicale (Cartaz) ;

Un cas d'amygdalite (Cartaz).

Plus fréquente est l'otite moyenne.

Nous pensons donc, avec Hermet, qu'on pourrait ne pas s'en préoccuper.

Mais il n'en est pas moins vrai que dans l'état de santé normale, le pharynx est, comme les fosses nasales, le réceptacle d'un certain nombre de microbes (la plupart indifférents, nous le voulons bien), et qui ne demandent qu'une porte ouverte, qu'une effraction légère pour déterminer de la suppuration ou des accidents septiques. Cartaz partage en cela notre manière de voir.

Le microbe, Messieurs, se plaît dans le pharynx nasal ; il y arrive facilement, y trouve un excellent gîte (les stalactites adénoïdes, entre lesquelles il peut se caser à l'aise), et de plus une chaleur humide, absolument favorable à son développement et à sa reproduction. Notons en passant que ni les efforts de toux ni l'éternuement ne parviendront à le déloger. Déjà en 1888, Chatellier décrivit le tetragenus, plus tard le staphylococcus aureus, le streptocoque et un bacille court et encapsulé, voisin du microbe de Friedlander. Et il y en a bien d'autres encore.

Dès lors pourquoi, par le raclage ou l'arrachement des végétations, se créer une large surface saignante en commu-

nication par les fosses nasales avec l'air extérieur, par la bouche et l'isthme du gosier avec les voies digestives ? Il y a peu d'accidents à redouter, c'est vrai ; mais pourquoi ne pas faire usage de l'électricité, qui non seulement vous offre un instrument d'une asepsie irréprochable (un fil rougi), non seulement détruit tous les microorganismes qu'il rencontre, mais établit encore, par l'eschare produite, une véritable barrière entre l'air extérieur, les microgermes ambiants, et les tissus fraîchement sectionnés. Bien plus, sous l'influence de la chaleur toutes les voies d'absorption, tous les petits vaisseaux de quelque nature qu'ils soient, sont complètement oblitérés.

Plus tard, Messieurs, vers le huitième jour, on pourrait supposer que l'élimination de l'eschare puisse donner lieu à une hémorragie ou à des phénomènes septiques.

Il n'en est rien. Le rouge sombre, température à laquelle nous opérons, produit un caillot solide, aseptique, s'organisant rapidement et absolument adhérent aux parois vasculaires. Voilà pour l'hémorragie tardive.

Quant à l'infection septique, comment pourrait-elle se faire, puisqu'il n'y a pas de solution de continuité? Par surcroît de précaution cependant, nous recommandons à nos petits malades de faire usage pendant plusieurs jours, après comme avant l'opération, de pulvérisations nasales et de gargarismes antiseptiques.

De plus, pourquoi cette septicémie tardive serait-elle plus à craindre dans le pharynx que dans le nez et la gorge où tous nous cautérisons tous les jours et *très largement* au galvanocautère. Nous n'avons, là, jamais rencontré ce genre d'accidents et nous ne croyons pas qu'on en ait signalé.

Nous devons à la vérité de dire que deux fois nous avons, après la cautérisation des amygdales, vu se produire *le lendemain* un peu d'engorgement des ganglions sous-maxillaires, engorgement qui disparaissait au bout de vingt-quatre heures. Il faut plutôt l'attribuer au traumatisme, l'infection n'étant pas possible dans ces conditions.

Notre conviction est donc, Messieurs, que nous ne serons

jamais plus à l'abri d'accidents, de quelque nature qu'ils puissent être, qu'en faisant usage de l'électricité pour l'ablation des tumeurs adénoïdes, de l'instrument de Chatellier, de Capart ou du nôtre. Le tout c'est de l'appliquer dans de bonnes conditions.

En général, Messieurs, nous trouvons que les méthodes électriques sont trop peu employées en rhinologie, surtout depuis que les accumulateurs ont remplacé ces piles, si peu commodes, au sulfate de cuivre ou au bichromate de potasse.

Elles ont cependant sur les méthodes sanglantes une supériorité incontestable, tant au point de vue du résultat obtenu que de la facilité opératoire et de l'effet moral sur le patient. Aussi les voyons-nous tous les jours s'imposer davantage.

Quand, en 1884, Carl Michel (de Cologne) fit paraître son travail : *Du traitement des maladies de la gorge et du larynx*, peu de médecins, s'il y en avait, opéraient uniquement par le galvanocautère l'hypertrophie des amygdales.

Ils sont nombreux aujourd'hui.

Sans oser aspirer au succès de notre savant confrère, nous croyons cependant que notre méthode mérite d'attirer votre attention et nous serions heureux de vous voir bénéficier des avantages que nous y avons rencontrés.

DISCUSSION

M. Moure. — Je voudrais savoir si, à la suite de l'emploi de ces instruments, M. Rousseaux n'a pas observé d'inflammation du côté de la trompe.

M. Rousseaux. — C'est un reproche qu'on a souvent adressé à la méthode. Quant à nous, nous n'avons jamais constaté ces inflammations, parce que, généralement, nous nous servons d'une curette qui ne s'attaque qu'à la partie médiane de la végétation, de telle sorte que la trompe est protégée par un petit bourrelet de tissu adénoïde.

M. Rougier. — Vous laissez donc une partie de ces végétations du côté de la trompe.

M. Rousseaux. — Le peu de tissu adénoïde qu'on laisse n'a pas d'inconvénient : il s'atrophie de lui-même au bout de peu de temps.

M. Garel. — Quelquefois, une opération incomplète ne suffit pas pour rendre l'ouïe. Je crois que l'opération est plus facile, plus radicale, avec la curette de Gottstein.

M. Suarez de Mendoza. — Avez-vous examiné les enfants après l'opération, pour savoir quelle quantité de tissu restait à côté de la trompe?

M. Rousseaux. — Généralement, je n'ai pas fait cet examen.

M. Suarez de Mendoza. — Ce serait cependant utile au point de vue de l'avenir de l'enfant.

M. Rousseaux. — Quand le malade souffle bien par le nez, on le laisse aller d'ordinaire, et il guérit définitivement le plus souvent.

M. Rougier. — Je viens de terminer un travail sur les végétations adénoïdes chez l'adulte, et je regrette d'avoir déposé mon mémoire à la Société de médecine de Lyon, ce qui ne me permet pas de vous en donner communication. J'opère les végétations volumineuses au moyen du lacet de Wilde en me servant de la rhinoscopie antérieure, soit avec le spéculum de Moure, soit avec le tube de Zaufal; on prend alors facilement la végétation dans l'anse, et l'on enlève sans léser la muqueuse à côté et sans laisser aucune partie de tissu adénoïde.

DE LA PHOTOGRAPHIE STÉRÉOSCOPIQUE DANS L'ANATOMIE NORMALE ET PATHOLOGIQUE DU LARYNX ET DU NEZ.

Par le Dr **GAREL** (de Lyon).

Le Dr Garel présente une série de photographies stéréoscopiques de préparations pathologiques et normales du larynx et du nez. Ces pièces ont été photographiées dans son service à l'hôpital de la Croix-Rousse, d'après la méthode de M. Donnadieu, professeur à la Faculté des Sciences de Lyon.

Elles ont été photographiées par immersion complète dans l'eau. Il insiste sur le relief remarquable que donne le stéréoscope. Ce procédé donne des épreuves bien supérieures aux épreuves uniques ordinaires. L'immersion dans l'eau, préconisée par M. Donnadieu, permet en outre d'obtenir une grande finesse de détails.

Séance du mercredi 4 mai.

DE L'ÉLECTROLYSE DES FOSSES NASALES A L'AIDE D'ÉLECTRODES D'UN NOUVEAU MODÈLE

Par le Dr **GARRIGOU-DESARÈNES** (de Paris).

Dès l'année 1882, j'ai appliqué la galvanocaustique chimique, ou électrolyse, au traitement des rétrécissements de la trompe d'Eustache. (« D'un procédé nouveau de dilatation et de l'électrolyse employés contre les rétrécissements et les obstructions de la trompe d'Eustache. » *Revue Thérapeutique médico-chirurgicale* 1882, numéro du 1er octobre.) J'ai fait de nouveau à ce sujet une communication en mars 1884 à l'Académie de Médecine.

A la même époque je me suis occupé également du traitement du catarrhe chronique, hypertrophique et atrophique des fosses nasales par l'électrolyse (1).

Ce traitement nouveau d'un grand nombre de maladies du nez, du pharynx nasal et de la trompe d'Eustache, a été employé et l'est encore tous les jours de plus en plus dans tous les pays.

Lors de mes premiers essais avec M. Mercié, mon chef de clinique à cette époque, nous nous sommes servis d'abord pour combattre le catarrhe hypertrophique des fosses nasales de petites lames en argent ou en platine dont nous armions soit l'électrode positif, soit le négatif, destiné à être introduit dans le nez. L'autre rhéophore, terminé par une large plaque de plomb, recouverte d'une peau de daim préalablement mouillée, était placée tantôt sur le cou, tantôt sur le bras du malade.

Pour la trompe d'Eustache, nous avons employé et j'emploie toujours une sonde de gomme, très fine et cependant fort solide, entourée, à la partie qui pénètre dans la trompe,

(2) J'ai publié un petit ouvrage sur ce sujet en 1888, qui a paru chez Lecrosnier, éditeur.

d'un fil métallique en communication avec le pôle négatif de ma pile.

Trouvant que l'effet de l'électrolyse, produit par le contact de cette lame par trop étroite, n'agissait pas sur une étendue suffisante, nous avons eu recours à de petites boules en caoutchouc recouvertes d'un filet métallique à mailles assez serrées.

Puis, pendant plusieurs années, j'ai employé des lames de platine assez larges, que je mettais en contact avec la plus grande partie de la muqueuse malade.

Enfin, depuis quatre ans, je me sers de fils de platine réunis à leurs deux extrémités et formant de petites lames composées de quatre tiges espacées d'un millimètre. Ces lames ont environ dix centimètres de longueur et un centimètre de largeur.

Cette dernière forme donnée à l'un de mes électrodes m'a permis d'obtenir des guérisons beaucoup plus promptes qu'avec des lames métalliques pleines de mêmes dimensions.

En effet, l'action électrolytique se produit avec une puissance d'autant plus grande, avec une même intensité, autrement dit avec un nombre égal de milliampères, que l'électrode est plus étroit, plus fin et meilleur conducteur. Pour que le contact de la muqueuse avec la lame se fasse le mieux possible, je place souvent sur le nez du malade un ressort de pince-nez, qui applique parfaitement les parois des cornets contre la cloison. Si je ne veux agir qu'avec une seule des faces des lames fenêtrées, une bandelette très mince de caoutchouc, maintenue par quelques fils, préserve les parties que je ne veux pas atteindre. Une bandelette de papier préalablement fixée à la lame peut produire le même effet.

J'emploie habituellement des courants de 20 à 30 milliampères. Je suis arrivé graduellement chez un malade jusqu'à 90 milliampères (manomètre Chardin), sans que celui-ci accusât une trop grande douleur. La tolérance, variable du reste suivant les individus, devient beaucoup plus grande orsque les lames et la muqueuse sont en contact depuis

quelques minutes. Avec les piles dont je me sers, qui sont des piles de Chardin au bisulfate de mercure, la manette du collecteur, avançant par unité d'éléments, me permet d'accroître d'une façon régulière l'intensité, sans avoir recours au rhéostat de Gaiffe et sans secousses pénibles pour les malades.

Les séances sont ordinairement de dix minutes.

Malgré le nombre considérable d'applications de ce genre de traitement, depuis près de dix ans, je n'ai jamais eu à constater le moindre accident, et la plupart des interventions ont été couronnées de succès.

Chez les malades craignant beaucoup la douleur, très impressionnables, on obtient les mêmes résultats avec une intensité moindre du courant, et en prolongeant la séance de dix à vingt minutes. L'emploi de la cocaïne à 5 pour 100 me rend également de grands services.

L'électrode placé sur le bras, sur le cou ou sur le genou, dont je me sers, est conposé d'une plaque de plomb de 13 centimètres de haut sur 9 centimètres de large, recouverte d'une peau de daim, imbibée d'eau salée.

En employant 20 à 30 milliampères comme intensité du courant, la plaque de plomb doit être déplacée toutes les cinq minutes au moins, par glissement, sans quitter la peau ; sans cette précaution, on s'exposerait à produire des eschares sous cette plaque.

Dans certains cas je modifie un peu la forme de l'électrode nasal ; mais ces lames à jour sont très souvent employées par moi dans le coryza chronique simple, dans le catarrhe nasal hypertrophique et même dans le catarrhe atrophique.

L'emploi de l'électrolyse pour traiter les éperons et les déviations de la cloison du nez a donné d'excellents résultats.

MM. J. Bergonié et J. Moure ont publié un travail dans les *Archives cliniques de Bordeaux* où ils conseillent (et je partage leur opinion) la combinaison bipolaire, c'est à-dire le pôle + et le pôle — armés chacun d'une aiguille en acier (Moure), en platine iridié (Bergonié), implantée dans

la partie que l'on veut détruire. Je me sers d'aiguilles en or et d'aiguilles en acier.

En voyant chaque jour l'application des courants électriques continus et de l'électrolyse aux affections nasales et aux rétrécissements de la trompe d'Eustache se généraliser et se perfectionner, je suis heureux d'avoir, il y dix ans, attiré l'attention du monde médical sur ce mode de traitement dans ces maladies.

DISCUSSION

M. Moure. — Je suis étonné qu'avec des intensités de 80 à 90 milliampères et l'électrolyse monopolaire, les malades n'aient pas éprouvé de douleurs plus vives, de la salivation, des phosphènes, etc. J'avoue que dans le cas où, avec M. Bergonié, nous avons dépassé 30 milliampères, les douleurs accusées par le malade et les autres troubles étaient souvent très prononcés. Il faut évidemment attribuer ces différences aux différents galvanomètres employés par nous et par M. G. Désarènes.

M. Miot. — Comme mon distingué collègue M. Moure, je suis étonné de voir employer pour le nez un courant de 90 milliampères. Dans tous les galvanocaustiques que j'ai faits, je n'ai presque jamais dépassé 20 milliampères. Chez quelques malades j'ai atteint difficilement 28 milliampères, et chez un seul 45. Il est vrai de dire que j'ai mesuré l'intensité du courant avec le galvanomètre de Gaiffe, tandis que M. Désarènes s'est servi de celui de Chardin dont la graduation est bien différente.

M. Garrigou-Désarènes. — Je me sers en effet du galvanomètre de Chardin, et c'est chez des hommes du Nord que j'ai employé de grandes intensités.

Chez un médecin de Varsovie, je suis arrivé une fois jusqu'à 90 milliampères, séance 5 minutes, et 40 milliampères dans les autres séances. Le malade m'a dit n'avoir éprouvé qu'une douleur supportable, et une forte salivation. Chez un autre sujet, un Russe, j'ai atteint 60 milliampères dans les deux dernières séances de 5 minutes chaque.

Ces malades ont très bien guéri de rhinites hypertrophiques avec troubles graves du côté de la respiration.

J'ai appliqué, toutes les fois, mes lames contre la muqueuse et je n'ai jamais eu à déplorer une interruption brusque du courant qui aurait pu déterminer des accidents sérieux.

UN CAS D'ANGINE INFECTIEUSE

Par le Dr **FERRAS** (de Luchon).

Hier, notre collègue Joal nous a cité un cas fort intéressant de purpura d'origine amygdalienne; je désire vous parler, aujourd'hui, d'une série d'accidents qui ont été causés par une angine, d'allures absolument simples.

Antécédents. — Le 24 novembre 1891, le nommé Ed. R..., passementier, âgé de dix-neuf ans, cesse tout travail, il s'alite même deux jours, parce qu'il avait mal à la gorge, et qu'il se sentait très fatigué.

Le 1er décembre, quelques taches rouges paraissent sur le corps.

Le lendemain, 2 décembre, extension de l'éruption aux membres inférieurs ; en même temps douleurs lombaires assez vives, et gonflement des deux genoux devenus très douloureux au moindre mouvement.

Etat actuel. — Le malade, d'aspect très affaibli, présente, surtout aux membres, un érythème polymorphe, dessinant des festons et des cercles, avec zone interne purpurique, principalement aux membres inférieurs; et une zone externe, plus récente et plus congestive : la première sans relief ; la deuxième saillante, œdématiée. Adénopathie inguinale, peut-être récente. Le scrotum est pris en entier. Œdème marqué aux malléoles, pieds et mains. La rate n'est pas hypertrophiée.

Le malade accuse des douleurs articulaires généralisées, et offre un gonflement marqué des genoux. Immobilité forcée dans son lit. La température est de 30 degrés. Sur les lèvres, quelques vésicules d'herpès. A la gorge, simple angine légèrement pultacée, avec injection plus vive des piliers antérieurs et quelques exulcérations superficielles rappelant celles de l'angine dont il *précise le début* au 24 novembre, avant tous les accidents dont il souffre maintenant.

Les jours suivants, douleurs musculaires vives, surtout au biceps gauche huméral. Le bras est immobilisé dans la demi-flexion. Fait à noter, et analogue à ce qu'on voit avec l'arthrite aiguë blennorragique : ce malade présente une atrophie musculaire rapidement produite.

Bientôt l'angine a disparu, mais l'affection décèle encore son action et on assiste à l'évolution d'une endocardite, qui a cédé devant une médication appropriée. Par son étiologie, cette endocardite doit être

rapprochée des endocardites septiques signalées pour la première fois par l'illustre Bouillaud.

Du 18 au 24 décembre, ces divers phénomènes s'amendent, et le 2 janvier le malade part en convalescence à Vincennes.

Il est permis de tirer de ce fait et de ceux qui ont été sans doute observés un enseignement pratique.

Puisqu'une angine simple a pu causer des accidents aussi nombreux et aussi graves, il importe de ne plus se contenter d'un traitement banal, mais de recourir toujours et d'emblée (ne pouvant prévoir l'avenir) à une médication locale assez énergique. Outre les pulvérisations antiseptiques, il faudra toucher légèrement la région envahie. Parmi les agents les plus actifs, le naphtol camphré rendra les meilleurs services.

Si une médication générale devait être ajoutée, je recommanderais l'hyposulfite de soude, à la dose de deux à quatre grammes par jour.

TUMEURS ADÉNOIDES. — DEUX RÉCIDIVES SUCCESSIVES DANS UN CAS ET UNE SEULE RÉCIDIVE DANS UN AUTRE CAS

Par le Dr LAVRAND (de Lille).

En 1887, nous publiions (1) une étude sur les végétations adénoïdes. Nous répétions, comme tous les auteurs le prétendaient, « que ces tumeurs ne récidivent pas »; et, à la suite d'une observation, nous écrivions : « Nous voyons, en » résumé, les accidents persister après l'ablation des tonsilles » palatines; le *curettage partiel* du pharynx nasal fait au » contraire disparaître très rapidement un certain nombre » de symptômes; les autres cèdent peu à peu dans la suite... » Enfin nous signalons *l'atrophie et la régression des*

(1) « Des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal. » (*Journal des Sc. médic. de Lille.*)

» *portions de tissu adénoïde hypertrophié* que nous
» avions laissées, lors de notre intervention. Il est bon de
» remarquer qu'il s'est écoulé dix-huit mois entre le
» *curettage incomplet* et notre dernier examen. »

Nous devons avouer que le même fait pour lequel nous étions si affirmatif devait bientôt nous donner *deux démentis successifs*. Mais il est préférable de laisser parler les faits et de relater l'observation complète.

Observation I. — L'enfant qui fait le sujet de cette relation est âgée actuellement (1887) de neuf ans. Depuis les premières semaines après sa naissance, elle a été atteinte d'éruptions eczémateuses très étendues et persistantes, malgré tous les soins. Vers la fin de 1882, alors que nous la voyons pour la première fois, elle nous apparaît pâle, la bouche ouverte, les ganglions cervicaux et sous-maxillaires engorgés. Jusqu'au commencement de 1885, cette enfant est atteinte fréquemment d'angines qui l'obligent à garder la chambre l'hiver, à plusieurs reprises chaque année. Pendant la durée de ces angines et, de temps en temps, en dehors de toute condition appréciable, elle se plaint de surdité.

En outre, il faut noter des accès de dyspnée spasmodique, accompagnés d'un léger mouvement fébrile. Voici comment procédaient ces indispositions.

L'enfant se couchait bien portante; tout à coup, dans la nuit, son sommeil devenait agité, la respiration bruyante; elle se réveillait souvent, accusant un état de malaise assez pénible. Par intervalle survenait un accès dyspnéique plus violent pouvant aller jusqu'à la cyanose et l'apnée avec palpitations très fortes. Ce paroxysme durait quelques minutes, diminuait peu à peu pour reparaître au bout d'un laps de temps variable. Enfin, au bout de trente-six à quarante huit heures, la crise était terminée et l'enfant complètement guérie. La fièvre était faible ou nulle; l'examen de la poitrine et de la gorge ne donnait en rien l'explication de ces accès.

Vers la fin de l'hiver, en mars 1885, les amygdales palatines sont très volumineuses ; on lui fait, en deux fois, l'ablation de ces tumeurs. Le résultat ne se fait pas longtemps attendre : les angines deviennent plus rares et moins violentes. Cependant le facies ne se modifie pas ; les traits restent toujours effacés; l'immobilité de la physionomie rappelle l'apparence d'un masque; les sillons naso-labiaux et naso-géniaux ne sont pas même indiqués; la bouche est toujours ouverte

avec la lèvre inférieure tombante ; les narines sont étroites, les yeux saillants, à fleur de tête. Le visage conserve son aspect maladif, sa teinte pâle, cireuse. Veut-on fermer la bouche de l'enfant pour obtenir la respiration nasale, la petite fille ne tarde pas à faire effort pour se dégager et respirer par la bouche : la voie par le nez est obstruée. La mère nous apprend que, bien souvent, le matin au réveil, l'oreiller de l'enfant est taché en rose au niveau de la bouche. Enfin, la surdité sans cause apparente dont nous avons parlé, se manifeste encore de temps en temps ; et les accès de dyspnée ou d'asthme se sont montrés de nouveau quatre à cinq mois après l'amygdalotomie.

Soupçonnant, avec beaucoup de raison, l'hypertrophie de l'amygdale de Luschka, nous examinons le sujet à ce point de vue. Au fond de la bouche, l'isthme apparaît assez large depuis l'ablation des tonsilles, mais le palais est en ogive. L'exploration de l'arrière-cavité des fosses nasales au moyen de l'index fait reconnaître, au lieu d'une cavité lisse en haut et en arrière avec deux orifices en avant, une masse chaude, mollasse, irrégulière, comblant à peu près toute la cavité ; le doigt est retiré teint de sang et, sous l'ongle, il ramène du tissu adénoïde.

Dans le courant de septembre 1885, on enlève avec l'aide de la pince de Lœwenberg, une portion de ce tissu, équivalente à un gros pois ; l'indocilité de l'enfant et le sang qui remplit la gorge ne permettent pas d'aller plus loin ce jour-là. Dès la troisième nuit après l'opération, l'oreiller n'a plus été taché de sang ; le sommeil n'a pas tardé à devenir calme et paisible ; enfin la respiration par le nez était possible au bout de quelques jours, mais il fallait pour cela que la bouche fût maintenue fermée, cependant elle demeurait très incomplète.

En janvier 1887, la santé générale est meilleure, l'enfant est proportionnellement plus grosse, la surdité a tout à fait disparu et les accès d'asthme ne sont pas revenus depuis l'intervention dans le pharynx nasal. En outre, les éruptions sont guéries. La petite fille a pris, il est vrai, pendant longtemps, de l'huile de foie de morue.

Cependant, la bouche reste ouverte et la respiration habituelle continue à se faire par la voie buccale. Un examen attentif nous apprend que si l'on s'oppose à ce mode de respiration, l'enfant respire facilement par le nez aussi longtemps qu'on le désire, sans gêne aucune. Surpris de ce fait, nous explorons avec le doigt le pharynx nasal et, à notre grande surprise, nous le trouvons libre dans la plus grande partie de son étendue : *l'ablation d'une portion du tissu hypertrophié a déterminé la régression et l'atrophie de ce qui a été laissé.*

En conséquence, nous appliquons la mentonnière, comme le conseille le Dr Delstanche, avec la recommandation de surveiller la respiration de l'enfant. Au bout de peu de jours, ce moyen qui avertit plus qu'il n'oblige à respirer par le nez, avait eu un bon succès et, à la fin de février, la bouche reste fermée, sans aucune gène, aussi longtemps que l'enfant veut y apporter attention.

Vers la fin de 1888 la gêne respiratoire reparaît; les voies supérieures sont de nouveau obstruées. L'examen nous apprend que le cavum pharyngé est encore une fois rempli par des masses aussi volumineuses que précédemment, bien loin de voir l'atrophie survenir comme nous l'avions espéré et comme le toucher semblait l'indiquer en 1887. En janvier 1889, pendant le sommeil chloroformique, nous enlevons tout ce que la pince appliquée plusieurs fois nous permet de saisir. La respiration se faisant bien dès lors par les fosses nasales et le pharynx nasal, nous ne nous mettons pas en peine de curetter plus à fond le cavum pharyngé ; nous étions, en effet, toujours imbu de cette idée, à savoir, l'atrophie des moignons restants. Nous expliquions la récidive première par l'insuffisance de notre intervention primitive.

Tout va bien durant quelque temps. En 1891 les symptômes d'autrefois se montrent derechef : ils sont moins prononcés sans doute, mais la gêne respiratoire est due cette fois à une double cause : l'hypertrophie des tumeurs adénoïdes qui sont énormes et celle de la muqueuse des cornets. Nous endormons la patiente une seconde fois en mai 1891 ; nous cautérisons la muqueuse nasale, puis nous faisons un curettage très soigneux de toute la cavité naso-pharyngée, afin de ne plus laisser la moindre végétation.

Les suites ont été bonnes, la jeune fille s'est développée rapidement et la respiration continue à s'effectuer bien. Jusqu'à cette époque nous n'avons pas constaté de nouvelle récidive. La santé est bonne, l'état général excellent. Notons enfin que l'aspect des végétations n'a jamais rien présenté d'anormal. D'autre part, dans les symptômes observés, il est impossible de voir une menace pour l'avenir du sujet en question, par exemple une dégénérescence des tumeurs récidivantes.

En résumé, à deux reprises, malgré une amélioration marquée chaque fois, les tumeurs adénoïdes ont repoussé au lieu de s'atrophier, sans que l'on soit autorisé logiquement à admettre l'existence ou la menace d'une dégénéres-

cence quelconque des végétations adénoïdes. A défaut d'examen histologique, la longueur de l'affection (1885, époque de la première intervention, et 1892, année où la jeune fille jouit d'une excellente santé), puis, l'aspect des parties enlevées nous permettent avec une suffisante certitude de ne voir ici que de simples végétations adénoïdes, au cas contraire du rapporté dans les *Annales des Maladies de l'Oreille*, par Delie (d'Ypres), tout récemment : on n'avait plus affaire à des végétations, mais à une véritable dégénérescence sarcomateuse, affection qui a emporté l'enfant dans un temps relativement court.

Obs. II. — En 1889, un petit garçon de six ans, A. G..., de Comines, porteur de tumeurs adénoïdes très développées, est soumis à un curettage incomplet, sans anesthésie chloroformique. Les troubles respiratoires s'amendent comme toujours et l'enfant se porte mieux. Cependant, au bout de quelques mois, l'amélioration disparaît et la gêne de la respiration se montre aussi marquée qu'auparavant. Nous examinons alors l'enfant pour la première fois : tout le cavum pharyngé est plein et nous ne pouvons croire qu'avec peine à une ablation antécédente. Il n'y a pourtant aucun doute à avoir, car le médecin de la famille nous fournit la relation de ce qui s'est passé. Nous étions encore à cette époque assez partisan de cette idée de l'atrophie régressive des végétations incomplètement enlevées. En octobre 1890, nous pratiquons le curettage complet du cavum sous le chloroforme en prenant bien garde de ne rien laisser; nous nous servons de la pince, puis de l'ongle bien aseptisé. Depuis lors l'enfant va très bien et la respiration n'est plus du tout gênée.

Nous donnons ces deux faits avec détail, parce qu'ils nous ont frappé et que nous les avons étudiés très complètement. Nous en connaissons d'autres où une intervention incomplète a été suivie d'une réapparition des symptômes que l'on avait voulu combattre. Il y avait eu comme toujours une amélioration très nette, mais elle n'avait été que momentanée.

Nous pourrions citer une jeune fille chez qui le curettage incomplet a produit un mieux sensible; mais par le temps humide la voix caractéristique des végétations se fait

entendre d'une façon très marquée : cette voix d'éponge mouillée si connue qui suffit à elle seule à porter le diagnostic. En outre, les catarrhes des trompes ne sont pas très rares chez cette personne. Dans ce dernier cas, si les végétations n'ont pas repoussé depuis six ans environ que le curettage a été tenté, nous pouvons affirmer que les moignons ne sont pas encore atrophiés.

Conclusions. — 1° Les végétations adénoïdes incomplètement enlevées peuvent pulluler à nouveau dans quelques cas plus nombreux qu'on n'est porté à le croire généralement. 2° Les moignons, après l'intervention, ne s'atrophient pas toujours, au moins dans un court laps de temps. 3° Il faut, pour se mettre sûrement à l'abri de ces récidives, faire un curettage minutieux et complet; et pour cela le sommeil chloroformique est nécessaire.

SUR UN NOUVEAU MODE DE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS ET EN PARTICULIER DE LA SYPHILIS GRAVE DES FOSSES NASALES, PAR L'ADMINISTRATION COMBINÉE DES IODURES DE POTASSIUM, DE SODIUM ET D'AMMONIUM. — AVANTAGES DE CE PROCÉDÉ ET EXPLICATION DE SON SUCCÈS

Par le Dr **G. DARZENS** (de Paris).

Le 2 février 1892, vint se présenter à la consultation du Dr Natier, dans son service de la Policlinique de Paris, un homme âgé de trente-sept ans, atteint d'une syphilis grave des fosses nasales qui avait résisté à tout traitement.

Antécédents héréditaires. — Le père de ce malade est bien portant; sa mère est morte de la poitrine à l'âge de quarante-neuf ans. Il avait un frère qui a succombé, en bas âge, au carreau. Une sœur en bonne santé.

Antécédents personnels. — D... prétend avoir eu deux fois la petite vérole : une première fois à trois ans, et l'autre à quatre ans et demi. A l'âge de treize ans, il commença par apprendre le métier de bijoutier, puis devint successivement menuisier et fabricant de jouets

d'enfants. C'est ce dernier état qu'il conserva depuis l'âge de dix-huit ans. A douze ans, érysipèle de la face et du cuir chevelu. A l'âge de vingt-deux ans, syphilis; il eut un chancre à la verge qui dura de trois semaines à un mois. Le malade ne se souvient pas avoir eu de plaques muqueuses; toutefois il eut, deux mois après l'infection, une extinction de voix qui dura deux mois et demi à trois mois.

Une quinzaine de jours après le début de l'extinction de voix, apparut sur tout le corps une éruption de petits boutons rouge cuivré qui, au dire du malade, étaient groupés en fer à cheval. Le malade attache beaucoup d'importance à un bain très chaud qu'il prit le jour même d'une purge, au commencement de l'extinction de voix. Selon lui, ce serait ce bain qui aurait fait apparaître l'éruption qui se développa le lendemain même.

Presque simultanément, se développèrent, sur la partie moyenne et extérieure des deux jambes, deux ulcérations de forme arrondie, de la grandeur d'une pièce de deux francs. Elles mirent plusieurs mois à guérir et, à l'heure actuelle, on trouve à leur p ace deux cicatrices blanchâtres qui présentent tous les caractères de celles qui surviennent à la suite de la guérison des gommes. Pas de chute de cheveux.

Le malade serait donc arrivé, dans l'espace de trois mois, à la période tertiaire.

Pour expliquer cette rapide évolution, qui est toujours l'indice d'une gravité exceptionnelle, nous ne trouvons que ses antécédents de tuberculose héréditaire.

Gabriel D... s'était pourtant soigné.

Dès l'apparition du chancre, il avait été à l'hôpital Saint-Louis, où on lui délivra des pilules de protoiodure et une solution d'iodure de potassium.

Il évalue à environ 300 le nombre des pilules prises dans l'espace de deux ans (1882-84), et à une moyenne de 1 gramme par jour la quantité d'iodure prise pendant le même temps.

Lorsque les gommes des jambes furent guéries, il n'eut plus d'autres manifestations syphilitiques cutanées jusqu'en 1888. Mais bientôt les maux de tête apparurent (en 1882) et ne firent qu'augmenter d'intensité en dépit de tout traitement.

En 1884, il remplace les pilules par le sirop de Gibert. Il évalue à environ 7 litres la quantité de sirop prise jusqu'à l'heure actuelle.

Il prenait aussi de l'iodure de potassium : d'abord à la dose de 1 gramme par jour; puis, comme cette dose ne le soulageait plus, il l'éleva progressivement à 2 grammes et à 5 grammes.

Pendant cette période, il se maria et eut un fils qui mourut en bas âge, de méningite.

Histoire de la maladie actuelle. — Il y a environ trois ans, en 1889, D... est atteint d'un grand rhume de cerveau; quelque temps après, le nez devient légèrement rouge et tuméfié.

Tout en continuant son traitement spécifique, il se soigne en respirant de l'alcool, de l'huile camphrée, et de la poudre de calomel.

Bientôt, l'état s'aggrave : une douleur persistante se déclare à la racine du nez, il mouche du pus, élimine quelques os et son nez s'effondre lentement, tandis que ses maux de tête deviennent de plus en plus fréquents.

Etat actuel. — Le nez est absolument effondré, la cloison entièrement détruite, les ailes du nez, fortement rétractées, obstruent entièrement les choanes antérieures, surtout du côté droit.

Dans l'angle interne de l'œil droit, existe une tumeur légèrement saillante, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes; lorsqu'on la presse, on fait sortir, par la narine droite, un liquide purulent assez abondant. C'est une *dacryocystite suppurée.*

Les fosses nasales sont remplies de croûtes grisâtres, exhalant une odeur fétide, mais n'ayant toutefois rien de commun avec celle de l'ozène.

Le malade se plaint de violentes douleurs de tête, qui persistent nuit et jour, et l'empêchent, depuis quelque temps, de travailler.

L'emploi qu'il fait de l'acide chlorhydrique pour la soudure et dont il respire les vapeurs, serait peut-être la cause de cette localisation de la syphilis.

Il nous demande surtout de le débarrasser des maux de tête; mais il ne veut plus se soumettre au traitement spécifique ordinaire : une longue expérience lui ayant démontré qu'il était impuissant pour le soulager.

Réflexions. — Permettez-moi maintenant de vous présenter quelques réflexions de physiologie, afin de vous faire comprendre par quelles séries d'idées je fus amené à instituer chez ce malade le traitement qui devait le guérir dans l'espace de trois semaines.

Lorsque l'on fait prendre à un individu normal une moyenne dose d'iodure de potassium (soit 1 gramme), le médicament apparaît dans les urines quelques minutes après l'ingestion. L'élimination passe bientôt par un maximum

d'intensité et, en général, la plus grande partie de l'iodure se trouve éliminée au bout d'une demi-heure.

Elle se ralentit ensuite considérablement et ne se trouve complètement terminée qu'au bout de trente-six heures.

Mais il existe des individus chez lesquels cette élimination est encore plus rapide, elle est presque immédiate, et s'ils deviennent syphilitiques, l'iodure ne sera pour eux presque d'aucune utilité, puisqu'ils ne le conservent pas.

Chez ces malades, il faut trouver un moyen de maintenir l'iodure de potassium dans l'organisme si l'on veut obtenir un effet.

J'ai espéré obtenir ce résultat en donnant simultanément, avec l'iodure de potassium, de l'iodure de sodium et de l'iodure d'ammonium. Ces deux sels sont beaucoup plus solubles que l'iodure de potassium. De plus, leur analogie de constitution chimique doit faire prévoir une même action élective du rein.

Ils doivent donc s'éliminer avant l'iodure de potassium.

D'ailleurs, le rein a la propriété de faire de l'urine à une densité constante.

Donc, pendant qu'il éliminera de l'organisme l'iodure de sodium et d'ammonium, il conservera l'iodure de potassium.

En conséquence, il fut ordonné au malade, le 2 février, la potion suivante :

Iodure de potassium..............	ââ 15 gr.
Iodure de sodium.................	
Iodure d'ammonium..............	
Biiodure d'hydrargyre............	0 gr. 05 centig.
Eau............................	300 gr.

Prendre deux cuillerées par jour.

On lui prescrivit en même temps des lavages alcalins et phéniqués des fosses nasales, après avoir enlevé soigneusement toutes les croûtes avec une pince.

Le 1er mars. — Le malade se présente de nouveau à la consultation. Les maux de tête ont disparu depuis une semaine. Mais le malade n'a pas fait ses lavages, car il craint de les faire revenir.

Nous enlevons de nouveau toutes les croûtes, et nous l'engageons vivement à faire ses lavages.

Le 15 mars. — Le malade a fait ses lavages, les maux de tête n'ont pas reparu. L'état général est excellent. Il n'a plus de croûtes. La dacryocystite s'est considérablement améliorée.

Depuis cette époque, je revois le malade tous les quinze jours et la guérison se maintient depuis plus de deux mois.

Messieurs. la théorie des polyiodures que je viens de vous donner rapidement n'est pas une simple vue de l'esprit. L'analyse des urines de ce malade, après l'ingestion de son médicament, m'a montré que c'était une réalité.

Cette théorie explique également comment il se fait que les polybromures associés sont plus actifs que le bromure de potassium, chose reconnue depuis longtemps.

Depuis deux mois, j'ai appliqué ce mode d'administration de l'iodure de potassium à plusieurs autres malades; il a toujours été fidèle, et je n'ai pas eu encore un cas d'iodisme.

L'observation du malade dont je viens de vous parler me semble particulièrement intéressante parce que l'iodure de potassium seul s'était montré complètement impuissant.

Quelque imparfaite que soit encore l'étude de ce nouveau mode d'administration de l'iodure, j'ai cru devoir le publier, car je pense qu'il est destiné à rendre des services avérés.

SUR UN NOUVEAU CAS DE CHANCRE INDURÉ DE LA FOSSE NASALE GAUCHE

Par le Dr **E. J. MOURE** (de Bordeaux).

En 1887 (1), je communiquais à la Société Française de Laryngologie un cas de chancre induré de la narine droite, observé chez un homme âgé de cinquante-quatre ans, s'étant, selon toute vraisemblance, contaminé avec l'ongle préala-

(1) *Bulletin et Mém. de la Société Franç. de Laryngol.*, et *Revue de Laryngol.*, 1er juillet 1887, p. 385.

blement souillé. Depuis cette époque, l'un de mes élèves, M. le Dr Dupond, prenant pour sujet de son travail inaugural les accidents primaires et secondaires de la syphilis nasale (1), a fait quelques recherches à ce sujet, et rappelant les faits signalés par Mac-Carthy, Rollet, Fournier et Nodet, sur lesquels les auteurs ont peu ou pas insisté, M. Dupond fait remarquer combien la littérature médicale est pauvre en documents de ce genre. En 1887, cet auteur ne put réunir que trois observations détaillées et authentiques de chancre induré, ayant pris naissance dans l'une des fosses nasales antérieures (2) : c'étaient ceux rapportés par Spencer Watson (3), Rasori (4) et par moi-même (5). Depuis cette époque, bien peu de faits nouveaux sont venus s'ajouter aux précédents. M. Cozzolino (de Naples) en a signalé trois cas (6) et M. Bosworth, dans son livre récent sur les maladies du nez (7) n'ajoute rien à cette intéressante question.

Nous avons eu l'occasion d'observer, l'an passé, un nouveau cas de chancre induré siégeant cette fois dans la narine gauche; c'est la rareté de cette manifestation nasale qui nous a porté à le publier aujourd'hui :

Observation. — Maurice X..., âgé de vingt-cinq ans, vient me consulter le 22 juin 1891, pour un mal au nez qu'il ressent depuis un mois et demi environ. A cette époque, s'étant aperçu qu'il avait à l'entrée de la narine gauche, sur la cloison cartilagineuse, une

(1) *Étude sur la syphilis du nez et des fosses nasales.* Thèse de Bordeaux 1887, et Paris, O. Doin, édit.

(2) Nous laissons de côté les accidents primitifs des arrière-narines qui, trop fréquents à une époque encore peu éloignée de nous, sont devenus beaucoup plus rares et à peu près exceptionnels, grâce aux précautions antiseptiques et aseptiques prises par les chirurgiens et les otologistes.

(3) *Med. Times and Gaz.*, p. 428, 6 avril 1881.

(4) *Gazzetta degli Ospit.*, no 93, 1885.

(5) *Loc. cit.*

(6) *Revista clinica de l'Un. di Napoli*, janvier 1889; anal. in *Centralb. f. Laryng.*, p. 339, année 1890.

(7) *A Treat. on diseases of the nose and throat*, vol. I. New-York, 1889 p. 336-37.

petite ulcération légère, mais à bords un peu rouges et fongueux, il consulta son médecin ordinaire qui, pensant à un ulcère simple, passager, prescrivit d'abord de simples lavages boriqués. Quelques jours après, la lésion ne diminuant pas, au contraire, le médecin pratiqua quelques cautérisations au nitrate d'argent d'abord, puis au chlorure de zinc ensuite. La plaie se recouvrit alors d'un exsudat pseudo-membraneux qui s'enlevait de temps à autre, laissant à sa place une surface rouge vif, saillante, mamelonnée et saignant facilement. Voyant que cette ulcération ne guérissait pas, le malade vint me consulter.

A ce moment, son état général était excellent ; les antécédents héréditaires n'apprennent rien. Il n'a jamais été sérieusement malade; quoique un peu effrayé d'un contact qu'il a craint être infecté, il ne présente aucune trace de syphilis ; la verge est intacte, saine, la surface de la peau absolument normale.

A l'examen de la fosse nasale, je constate l'existence d'une ulcération saillante, ayant environ la dimension d'une pièce de cinquante centimes, un peu allongée dans le sens antéro-postérieur et occupant le cartilage quadrangulaire. La peau de l'entrée du nez est saine. La cloison semble très épaissie, tuméfiée, quoique non déviée ; l'orifice de la narine gauche est en grande partie obstrué par le néoplasme, la respiration est impossible de ce côté. Léger engorgement des ganglions sous-maxillaires et pré-auriculaire du côté gauche. La gorge est saine dans toutes ses parties. J'enlève la fausse membrane qui recouvre l'ulcère et au-dessous la muqueuse présente cet aspect papillaire, mamelonné, saignant facilement, auquel j'ai déjà fait allusion. Attribuant l'existence de cet exsudat membraneux à la cautérisation faite antérieurement, je fais un pansement à l'iodoforme et prescris des lavages avec une solution de résorcine et des insufflations d'iodol et d'acide borique, car le malade ne tient pas à faire usage de l'iodoforme, même parfumé ou désodorisé. Ce même état persiste pendant quelques jours; toutefois, la tumeur de la fosse nasale rétrograde très lentement. Je fais des attouchements avec la solution iodée forte, deux fois par semaine. J'examine attentivement la gorge et ne trouve rien. Le 4 juillet, la saillie de la cloison a notablement diminué, elle est rosée, affaissée ; la respiration commence à devenir possible par la fosse nasale de ce côté.

Le 8 juillet, la lésion nasale continuant à aller mieux, le malade se plaint d'un peu de mal de gorge, d'une gêne qu'il éprouve, dit-il, depuis deux jours seulement ; il croit avoir pris froid.

Je l'examine et constate sur le bord libre du pilier antérieur

l'existence d'un liséré opalin. Les amygdales sont rouges, un peu tuméfiées, plus saillantes que de coutume ; sur la face antérieure du pilier existent de petites plaques opalines.

L'engorgement ganglionnaire a augmenté à la région sous-maxillaire. Je fais déshabiller le malade, et je constate l'existence d'une superbe roséole, sur la nature de laquelle le doute n'était plus permis.

La verge et les régions génitales sont toujours intactes.

Le diagnostic de syphilis s'impose à mon esprit et je recherche avec le malade quel a pu être le point de départ des accidents observés. Il m'affirme n'avoir jamais rien eu à la gorge, et après toutes nos recherches je suis obligé de localiser l'accident primitif dans la fosse nasale. Le récit du malade, très soigneux de sa personne, mais un peu libidineux, me confirme dans cette manière de voir.

Inutile d'ajouter que j'instituai immédiatement le traitement spécifique sous l'influence duquel l'accident nasal disparut rapidement. Mon malade a passé depuis par la série habituelle des accidents secondaires (plaques buccales, condylomes à l'anus, rien à la verge), mais n'a jamais présenté de céphalées ni autres phénomènes douloureux.

Réflexions.—Voici donc un fait qui se rapproche de celui que j'ai déjà observé par la saillie de l'accident primitif et la déformation de la narine qu'il avait occasionnée, mais qui s'en éloigne par le peu de réaction locale qu'il a déterminé. En effet, tandis que mon premier malade avait souffert de douleurs s'irradiant dans toute la tête, que sa narine sécrétait un liquide sanieux et ichoreux empesant le linge, le dernier, beaucoup plus propre, il est vrai, et plus soigneux de sa personne, n'a ressenti que de la gêne, mais non de la douleur, et son ulcère, presque toujours recouvert d'un enduit pseudo-membraneux, ne sécrétait que peu ou pas de mucus.

Dans les deux cas, on trouvait une masse rougeâtre, en forme de champignon aplati, avec épaississement du septum, véritable périchondrite syphilitique primitive.

Cette forme saillante, bombée, de l'accident primitif n'a rien qui puisse nous étonner, c'est l'*ulcus elevatum* signalé par Fournier et la plupart des syphiligraphes :

Le diagnostic a offert chez ce malade des difficultés assez

grandes, tenant probablement à la transformation de la surface ulcérée par les cautérisations faites avant sa première visite. La présence de l'exsudat pseudo-membraneux m'empêcha, je l'avoue, de songer tout d'abord à l'existence d'un chancre induré, et je pensais plutôt à un coryza pseudo-membraneux primitif (rhinite croupale). Seule la localisation constante de la lésion à la partie antérieure de la cloison, le gonflement du cartilage, attirèrent mon attention et me firent surveiller le malade d'assez près. Toutefois j'avoue que le diagnostic ne devint absolument évident que le jour où apparurent les accidents secondaires. Alors seulement l'absence de toute autre porte d'entrée ouverte à la syphilis, la longue durée relative et la disparition graduelle de la lésion nasale, sa localisation, me firent, par exclusion, admettre que je venais d'assister à l'évolution d'un chancre induré de la fosse nasale gauche.

DISCUSSION

M. Hicguet. — Je me rappelle avoir observé deux cas de chancres situés à l'entrée de la fosse nasale sur le côté de la cloison. Ces deux chancres s'étaient développés chez des typographes. J'ai recherché la porte d'entrée ; ces individus, qui étaient très francs, m'ont dit n'avoir eu aucun rapport avec d'autres femmes qu'avec la leur, et leur femme était absolument indemne. Ils me donnèrent comme raison que les typographes, respirant beaucoup de poussière d'antimoine, étaient presque tous priseurs, et se servaient d'une boîte à tabac commune : c'est la seule explication que j'aie pu trouver de cette inoculation ; j'ai eu l'occasion de voir moi-même la femme de l'un d'eux, qui ne présentait aucune trace de syphilis ; j'ai donc cru devoir m'en rapporter à leur dire.

A PROPOS DE LA RARETÉ DES PARALYSIES LARYNGÉES CORTICALES

Par le Dr **Paul RAUGÉ** (de Challes).

Dans la répartition topographique qui attribue à la mise en action de chaque fonction volontaire un point déterminé de l'écorce cérébrale, l'appareil de la phonation a été l'un des plus longtemps oubliés et le dernier peut-être à trouver sa place : encore, celle qu'on lui accorde aujourd'hui reste-t-elle fort incertaine et passablement discutée.

Jusqu'à ces dernières années, — 1876 (Ferrier), 1877 (Duret), — on ne sembla pas se douter qu'on dût aller chercher dans les régions supérieures de l'encéphale le foyer excitateur d'aucun mouvement du larynx : il paraissait tout naturel, et complètement satisfaisant, de localiser dans le bulbe, à côté des réflexes purement organiques dont cet organe est le centre ordinaire, l'origine de la plus élevée, de la plus évidemment psychique parmi les fonctions animales, je veux dire l'acte phonateur, cet élément primitif et nécessaire de la parole articulée, laquelle n'est, à tout prendre, qu'une transformation plus intellectuellement différenciée du son laryngé élémentaire.

La cause du malentendu résidait vraisemblablement dans une analyse incomplète des attributions laryngées : le fait qu'on avait négligé et qui, dans l'espèce, est capital, c'est que le larynx est un appareil à double fin, accomplissant alternativement deux fonctions différentes et, jusqu'à un certain point, antagonistes : l'une associe directement l'organe aux phénomènes mécaniques de la respiration : c'est la dilatation active qu'exercent incessamment ses muscles abducteurs sur la fente glottique durant la respiration silencieuse ; l'autre fait du larynx l'instrument par excellence de la phonation. Si la première, comme toutes les fonctions végétatives, provient incontestablement du bulbe, la nature évidemment consciente et manifestement voulue de la seconde devait suffire *a priori* pour affirmer son origine

corticale. Et c'est précisément parce qu'il obéit tour à tour aux ordres du cerveau ou cède aux impulsions du bulbe, que le larynx est susceptible d'accommoder son appareil moteur alternativement à l'une ou à l'autre des deux fonctions contradictoires dont il est cumulativement chargé. C'est pour n'avoir pas pris souci de cette importante dissociation fonctionnelle, que tous les physiologistes d'il y a quinze ans, et pas mal encore de ceux d'aujourd'hui, ont confondu dans le moelle allongée toutes les formes de l'activité du larynx, aussi bien les mouvements délicats qui réalisent les nuances infinies de la modulation vocale, que le simple *tonus des abducteurs* par où la béance glottique est continuellement assurée au va-et-vient du courant respiratoire.

L'idée de rechercher dans les circonvolutions cérébrales un centre pour la phonation appartient à Ferrier d'abord, qui ne fit, il est vrai, que vaguement l'apercevoir ; mais surtout à M. Duret, qui lui donna, l'année suivante, une forme moins indécise et un commencement de contrôle expérimental. Ni l'un ni l'autre toutefois ne réussit à établir d'une façon ferme la nouvelle localisation dont tous deux entrevoyaient la nécessité. Mais s'ils n'ont pas trouvé le centre du larynx, ce fut pour la bonne raison que ce n'était pas lui, proprement, qu'ils cherchaient.

Ce qu'ils avaient l'air de poursuivre, — à lire le récit de leurs expériences, -- ce n'est point, en effet, le centre d'origine de l'activité du larynx ou d'une forme circonscrite, la forme essentiellement vocale, de cette activité motrice : c'est un vague foyer d'impulsion cérébrale commandant à lui seul toute la fonction phonatrice; c'est à la lettre un centre vocal autonome et complet; non pas, je le répète, un centre purement laryngé, mais une région du cortex toute-puissante et seule puissante sur la totalité des actes mécaniques dont se compose le phénomène phonique. Pour répondre à l'attente de ces premiers expérimentateurs, il semblait que l'excitation de ce centre idéal devait suffire à réaliser de toutes pièces l'acte phonateur, comme son ablation à le supprimer. Tous deux paraissaient avoir

oublié que la production des vibrations glottiques qui constituent la voix ne réclame pas seulement la mise en activité du larynx, mais l'intervention collective d'au moins deux actes musculaires : la contraction de la glotte, sans doute, qui module et gradue les oscillations du courant aérien; mais avant tout l'effort expiratoire conscient, volontaire et rythmé, qui est la source même de ce courant, partant, de tout le phénomène. A ces deux actes synergiques, mais parfaitement dissociables, doivent forcément correspondre, à la surface du cerveau, deux centres associés fonctionnellement, mais anatomiquement distincts. Pour réaliser expérimentalement, ainsi que M. Duret pensait l'obtenir, l'acte total de la phonation, il fallait donc porter l'excitation non point uniquement sur le foyer moteur du larynx, mais mettre en action simultanément chacun des centres corticaux qui commandent le double élément mécanique de la fonction : c'était probablement un effet diffus de ce genre que déterminait la plaque de liège employée par M. Duret comme moyen d'excitation de la surface cérébrale. Poursuivant l'acte phonateur comme un fait indécomposable et cherchant à ce phénomène complexe une représentation corticale unique, les expériences de M. Duret ne pouvaient évidemment le conduire à la découverte de la zone précise que ses successeurs ont nommée depuis centre laryngé cortical. Aussi n'est-il pas étonnant que la localisation indiquée par lui ne corresponde aucunement au point qu'on regarde aujourd'hui comme le vrai foyer psycho-moteur du larynx.

Le mérite de M. Krause, celui de M. Masini et de MM. Semon et Horsley, fut de séparer, dans l'acte d'ensemble, la part qui revient en propre au larynx, pour l'étudier isolément : en même temps, ils introduisaient dans ces recherches une méthode rigoureuse et un manuel expérimental absolument précis. Comme faisait M. Duret, ils promènent à la surface du cerveau les excitations expérimentales; mais, à la compression mécanique des régions explorées, moyen par excellence inconstant, aveugle et

diffus, ils ont soin de substituer l'action circonscrite et mesurable d'un courant d'induction, dont la pointe d'une électrode limite exactement l'effet au point mathématiquement choisi de la substance grise. De plus, et ce fut là le grand progrès dans cet ordre de travaux, au lieu d'estimer les résultats de l'action expérimentale d'après les variations plus ou moins abstraites d'un phénomène acoustique impossible à analyser, ils interrogent directement, soit à l'aide du miroir, soit par l'observation immédiate du larynx partiellement extrait, les modifications subies par l'image glottique à chaque phase de l'expérience. Introduite fort ingénieusement par M. Krause dans la technique expérimentale, l'exploration laryngoscopique substitua d'une façon très heureuse la constatation visuelle d'un phénomène simple et précis à l'estimation toujours infidèle d'altérations phoniques pathogéniquement complexes et dont les désordres laryngés ne sont pas toujours ni uniquement responsables. A partir de ce moment, la recherche précise d'un centre cortical pour les mouvements vocaux du larynx, du larynx exclusivement, remplaça la notion confuse de centre phonateur, comprise dans le sens beaucoup trop étendu que lui donnaient les anciens observateurs.

Une fois orientées dans cette direction, qui est évidemment la bonne, les recherches des physiologistes ne pouvaient manquer de porter leurs fruits. Après avoir établi les limites du centre laryngo-moteur volontaire dans les espèces inférieures (Krause), elles nous ont, un peu plus tard (Semon et Horsley), indiqué la situation probable de ce même centre chez l'homme en étendant l'expérimentation à l'espèce animale chez qui la topographie cérébrale se rapproche le plus de la nôtre, le singe (macacus rhesus, macacus cynomolgus et surtout macacus cynicus). A moins d'expérimenter sur l'homme lui-même, c'était le plus que pouvait faire la physiologie pour la solution du problème.

Ce qu'il y a précisément d'étrange et de très particulier dans ce chapitre encore très neuf des localisations cérébrales, c'est que le peu que nous savons de cette question difficile,

nous le devons presque en entier à l'expérimentation sur l'animal. La pathologie humaine n'y a pour ainsi dire rien apporté : cette abstention singulière de la clinique sur ce point est d'autant plus faite pour nous surprendre, que dans la recherche des autres foyers moteurs, c'est elle, elle à peu près seule, qui a tout fait. Lorsque Broca eut découvert son centre d'articulation verbale, les observations abondèrent presque aussitôt; elles devinrent bientôt si nombreuses, que les faits d'aphasie motrice avec altération circonscrite du pied de la troisième frontale sont maintenant des banalités qu'on ne publie plus. Pour le centre phonateur du larynx, il en est allé bien différemment : depuis quinze ans qu'on le recherche, les observations se comptent encore ; elles se comptent tellement, que dans le nombre assez considérable des cas publiés dans ce sens, on peut, toute critique faite, en conserver tout juste trois qui soient à peu près utilisables pour contrôler les affirmations de la physiologie pure.

Cette impuissance de la clinique, ou cette indifférence, en face d'une question de pareille importance, ne prouve en aucune façon, comme on l'a prétendu, que la paralysie laryngée de provenance corticale soit une fiction pathologique correspondant à une lésion cérébrale exceptionnelle, ou même, a-t-on pu dire, absolument irréalisable. S'il existe, comme nous en sommes sûrs à présent, un point de l'écorce cérébrale exclusivement préposé à la direction des mouvements vocaux de la glotte ; si, comme tout porte à le croire, il se trouve un centre pareil dans chacun des deux hémisphères ; si, comme l'affirment MM. Semon et Horsley, ce foyer occupe, dans le pied de la frontale ascendante, une étendue pour le moins comparable à celle de la zone de Broca, dont il partage l'irrigation artérielle (branche de la sylvienne) et dont il semble continuer la substance, ce centre doit être aussi exposé que l'est la région motrice du langage parlé, aux lésions vasculaires de son tissu ; et l'on ne voit pas bien par quelle faveur spéciale il pourrait échapper plus qu'elle, ou plus que tout autre foyer moteur, aux altérations

variées qui frappent indistinctement tous les départements de la substance grise. Logiquement, les paralysies laryngées d'origine cérébrale devraient être aussi fréquentes que les hémiplégies communes; elles devraient l'être deux fois plus que ne l'est l'aphasie motrice, puisqu'il n'existe qu'un centre de Broca et qu'il y a deux centres laryngés : double risque. Et pourtant les hémiplégiques des membres et les aphasiques moteurs encombrent les services d'hôpitaux, pendant que la paralysie laryngée corticale reste un fruit rare de la clinique, que la laryngologie dispute à la pathologie nerveuse. C'est ce paradoxe étiologique dont il m'a paru intéressant de rechercher les causes :

Cette interprétation s'offrirait d'elle-même si l'on acceptait les idées que MM. Semon et Horsley professent sur le fonctionnement du centre laryngé. Ce centre, comme on sait, n'est pas, pour ces auteurs, représenté par une zone unique, unilatérale et asymétriquement placée dans l'un seulement des hémisphères cérébraux, comme il arrive par exemple pour les foyers du langage, qui tous, moteurs ou sensoriels, sont disséminés à la surface de l'hémisphère gauche. Les mouvements vocaux de la glotte sont au contraire représentés dans deux régions identiques occupant symétriquement, dans chaque moitié du cerveau, la partie la plus antérieure du pied de la frontale ascendante. Jusque là, rien à discuter : cliniciens et physiologistes sont à peu près d'accord sur la position topographique du centre laryngé ; sauf de très rares dissidences (Seguin), ils le sont tout à fait sur sa bilatéralité.

Mais voici le point original et à la fois le plus contestable de la doctrine de M. Semon : chacun des deux centres laryngés ne limite pas son action au côté opposé de la glotte, à la façon des autres foyers psycho-moteurs symétriques ; il étend son pouvoir aux deux cordes vocales, si bien que chacune de ces deux régions motrices ne représente en somme que la répétition fonctionnelle et pour ainsi dire la doublure de l'autre. Il résulte de là que l'acte phonateur est assuré de deux côtés contre les risques pathologiques, bien

mieux que ne l'est, par exemple, la motilité des membres ou la conservation du langage. Supprimez, dans un seul hémisphère, le foyer ou les conducteurs de la motilité volontaire, il en résulte une hémiplégie simple; détruisez le centre de Broca, vous annulez du coup toute la fonction qu'il résume et faites par là seul une aphasie motrice; imaginez maintenant une lésion, également asymétrique, portant sur l'un des centres laryngés; cette altération, fût-elle entièrement destructive, restera, au point de vue clinique, absolument inexpressive et les mouvements de la glotte continueront à s'accomplir comme si rien n'était survenu; c'est qu'étant unilatérale, la lésion que nous supposons reste forcément sans effet sur l'activité du larynx. Elle ne peut paralyser tout l'organe, puisque l'un des centres persiste, ni même en paralyser la moitié, puisque ce centre, qui survit, survit avec sa bilatéralité d'action. Voilà comment, pour MM. Semon et Horsley, le centre laryngé représente un foyer inattaquable, au point de vue pathologique, et pourquoi ses altérations, restant toujours cliniquement muettes, échappent constamment à notre observation.

Il faudrait se garder d'ailleurs de voir, dans cette affirmation un peu paradoxale, une simple vue de l'esprit. Ses partisans l'édifient au contraire sur des expériences précises. Réalisant artificiellement l'hypothèse de tout à l'heure, ils montrent que les mouvements de la glotte persistent, et persistent des deux côtés, après la destruction totale de l'un des centres laryngés, voire même après l'ablation de tout un hémisphère.

Cependant l'expérience clinique se montre ici en complet désaccord avec les résultats de la vivisection. Si la conception précédente était vraie, les paralysies cérébrales du larynx ne seraient pas seulement une exception, elles seraient une impossibilité pathologique, à moins de la coïncidence rare de deux lésions symétriques atteignant à la fois l'un et l'autre hémisphère. Or, nous connaissons aujourd'hui un petit nombre de faits bien observés (Garel, Déjerine) et dignes de toute créance, dans lesquels l'hémiplégie du

larynx reconnaissait incontestablement pour cause une altération limitée de l'écorce. Malgré les lacunes qu'on y peut relever, ces observations sont convaincantes, et je ne puis partager sur leur compte le scepticisme un peu tenace de MM. Semon et Horsley ; elles suffisent en tout cas, malgré leur rareté extrême, à faire matériellement la preuve de ce fait, que les altérations unilatérales du centre laryngé ne restent nullement latentes, mais s'expriment cliniquement par une hémiplégie portant sur la moitié opposée de la glotte.

Malgré son aspect séduisant, la doctrine de M. Semon ne semble donc pas l'explication vraie de la pénurie de faits cliniques que je déplorais tout à l'heure. Cette absence de documents reconnaît, à mon sens, une raison moins élevée, mais infiniment plus pratique et que je crois la seule exacte : elle a tout simplement pour cause les conditions particulièrement obscures dans lesquelles le phénomène se présente et la difficulté qu'offre en ces circonstances l'observation des malades.

Si les hémiplégies laryngées corticales sont si exceptionnellement signalées, ce n'est aucunement parce qu'elles sont physiologiquement irréalisables ou plus difficilement réalisables que d'autres. C'est parce que nous ne savons pas les reconnaître et qu'elles se dérobent quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent à l'observation clinique commune. Ce sont précisément ces difficultés particulières dont je me propose, en ce qui va suivre, d'analyser la nature et les causes : peut-être ainsi contribuerai-je à montrer de quelle façon ces cas doivent être cherchés et à les rendre plus nombreux dans l'avenir.

Le premier fait à signaler, c'est que les paralysies corticales du larynx ne se révèlent que par des troubles vocaux, jamais par des symptômes respiratoires. La part incontestablement active (tonus des dilatateurs) que prend l'orifice glottique aux phénomènes mécaniques de la respiration représente, nous l'avons vu, un acte éminemment bulbaire, parfaitement indépendant du centre cortical et pouvant fort bien se passer de lui. Aussi ne doit-on pas s'attendre à

rencontrer jamais, dans cette forme de paralysie laryngée, ces phénomènes dyspnéiques éclatants et forcément reconnaissables, qui caractérisent par exemple la compression du récurrent (anévrisme de l'aorte, tumeurs de l'œsophage, etc., etc.) ou les altérations des noyaux bulbaires (crises laryngées du tabes).

Mais les troubles vocaux eux-mêmes, qui manifestent seuls l'altération de l'écorce, peuvent ici passer inaperçus beaucoup plus aisément que dans les paralysies d'autre provenance, et cela pour plusieurs raisons :

La première, et non pas la moins considérable, c'est l'unilatéralité constante de cette paralysie vocale. Il se passe, en ce cas, ce qui survient toujours dans les troubles moteurs à forme hémiplégique, quelle qu'en soit d'ailleurs la nature ou la cause : le défaut d'adduction de la corde malade est bientôt compensé par le surcroît d'action que s'impose la corde saine, si bien que l'occlusion glottique arrivant à peu près à s'accomplir quand même, ce n'est plus de l'aphonie vraie qui se montre, mais une simple dysphonie déterminée surtout par le défaut de tension de la corde paralysée. Il ne s'agit plus désormais, comme dans le cas d'aphasie motrice, d'enregistrer un fait grossier, la suppression en bloc de la parole ou de la voix, mais d'une nuance à saisir, et cette nuance échappe aisément — sinon quant à son existence du moins dans son interprétation — à l'oreille la plus attentive.

Elle échappe d'autant plus volontiers que le trouble vocal ne se montre jamais ici à l'état isolé et simple. Dans presque tous les cas publiés, l'altération laryngée coïncidait avec des symptômes d'aphasie, ce qu'on peut comprendre sans peine si l'on songe que le centre laryngé confine exactement, en avant, au foyer des images motrices d'articulation. Il est superflu d'insister sur la difficulté qu'apporte cette complication symptomatique à l'appréciation du trouble vocal et combien il est malaisé d'apprécier l'état de la voix chez un malade qui ne parle pas, de dégager le trouble d'intonation du trouble beaucoup plus saillant de l'articulation verbale.

Cette analyse serait sûrement impossible et le désordre laryngé resterait le plus souvent ignoré, perdu pour ainsi dire au milieu des troubles aphasiques, si l'on n'avait, pour révéler son existence, un indice autrement précis que les altérations, plus ou moins saisissables, de la modulation vocale. Ce signe, véritablement révélateur, pourvu qu'on songe à le chercher, c'est le désordre mécanique survenu dans les mouvements ou dans l'attitude des cordes; c'est la déformation de l'image glottique qui exprime, pour ainsi dire graphiquement, cette perturbation motrice : exécuté avec un peu d'adresse et interprété comme il convient, l'examen laryngoscopique ne prête en pareil cas ni à l'erreur ni à l'équivoque et met positivement sous les yeux le désordre moteur dont l'oreille ne pouvait percevoir que très confusément les conséquences acoustiques : c'est presque toujours, dans ces circonstances, le laryngoscope qui découvre la paralysie, et qui la découvre souvent dans des cas où nul signe extérieur ne la faisait pressentir; c'est lui qui en reconnaît la nature, en précise le siège et la forme, et montre quelquefois l'une des cordes immobile, alors que tous les autres symptômes faisaient prévoir une paralysie de la corde opposée (cas de Garel).

Mais alors, rien de plus aisé que ces diagnostics si difficiles : il suffit, dira-t-on, d'examiner ses malades. Le fâcheux, justement, c'est qu'on ne les examine pas, — j'entends par là qu'on n'examine pas leur larynx, — à moins qu'ils ne tombent, ce qui est rare, entre les mains d'un laryngologiste : comme l'état de leurs cordes vocales est le moindre de leurs soucis, comme cet état ne s'indique par aucun symptôme apparent ou ne s'annonce que par des manifestations phoniques perdues au milieu d'accidents plus graves, les malades de cette espèce se rencontrent presque toujours dans des services de médecine, où le laryngoscope est plus ou moins dédaigné : ce sont d'ailleurs, nous l'avons vu, très fréquemment des aphasiques, des hémiplégiques parfois alités, toujours impotents, comprenant peu, répondant mal ou point, se prêtant difficilement à l'exploration, réunissant

en résumé toutes les conditions requises pour rendre un examen laryngoscopique difficile et désagréable; aussi s'évite-t-on trop souvent cette tâche, même quand on est en état de la remplir, et que des troubles vocaux manifestes, parfois même une aphonie plus ou moins complète (cas d'Ange Duval, de Luys, de Livio-Ronci, de Seguin), semblent solliciter l'examen.

Supposons maintenant que cet examen ait été fait, qu'un observateur compétent ait constaté l'impotence vocale d'une corde, que la coexistence d'autres accidents cérébraux, l'absence de lésions périphériques ou de phénomènes bulbaires, fasse naître l'idée d'une lésion corticale. Va-t-on, sur ce simple soupçon, affirmer que cette lésion existe et trancher cette grosse question de pathogénie avec des probabilités cliniques? Évidemment non, et les faits avancés sur ces seules preuves (Lewin, première communication de Bryson-Delavan, Cartaz, les deux premiers cas de Garel) ne peuvent être comptés comme acquis. Pour qu'une observation de ce genre constitue un document complet, il faut qu'une autopsie parfaite apporte au diagnostic clinique son contrôle matériel et sa consécration suprême.

Mais là nous attendent encore de nouvelles difficultés et les autopsies de ce genre ne sont pas des autopsies ordinaires. Il ne suffit pas, en effet, de trouver une lésion de l'écorce, fût-elle exactement circonscrite au siège présumé du centre laryngé, pour que l'on puisse affirmer ferme que cette lésion corticale est la cause et l'hémiplégie laryngée l'effet. Il s'agit de prouver encore que le trouble moteur observé ne venait pas d'une autre source, qu'il n'existait d'altération ni dans les fibres cortico-bulbaires (couche sous-corticale, capsule interne, pédoncules ou protubérance), ni dans les noyaux gris du bulbe, ni dans les racines du spinal ou du vague, ni dans les troncs nerveux, ni dans leurs branches terminales, ni dans les muscles laryngés eux-mêmes ou dans les articulations ary-cricoïdiennes. On voit quel labeur anatomique demande, pour être complet, cette espèce de contrôle négatif.

Il n'exige pas seulement l'examen macroscopique de coupes en séries pratiquées dans tout l'appareil nerveux central et périphérique du larynx; il nécessite encore l'étude microscopique de toutes les régions soupçonnées, seule façon d'éliminer ou de constater l'existence de foyers de dégénérescence histologique absolument inappréciables à l'œil nu. Pour comprendre le soin que réclame une autopsie de cette nature, il suffit de relire, dans leur texte même, les trop rares observations qu'on peut citer comme modèles du genre, celles de Bryson-Delavan, d'Eisenlohr, de Garel, de Déjerine. On se souvient que dans le cas célèbre du premier de ces auteurs, la nécropsie trouva, dans un foyer bulbaire, l'explication inattendue d'une paralysie laryngée qu'on avait publiée, du vivant du malade, comme un cas de lésion corticale; que, dans les cas d'Eisenlohr et de Garel, l'altération siégeait dans la capsule interne; qu'enfin, dans les deux faits tout récemment fournis par Déjerine, la lésion appartenait à la catégorie de celles que Lichtheim et Wernicke ont fait connaître sous le nom de foyers sous-corticaux.

La recherche d'une laryngoplégie corticale comporte, en résumé, d'après ce qui précède, deux difficultés d'ordre différent : la trouver d'abord, la prouver ensuite. La première de ces difficultés est affaire de perspicacité clinique; la seconde ne relève que de l'anatomie pathologique.

Or, pour trouver une lésion de ce genre, il faut, — qu'on me passe cet aphorisme beaucoup moins naïf qu'il en a l'air, — il faut avant tout la chercher, la chercher méthodiquement, avec une sorte de parti-pris, et sans attendre qu'un trouble vocal en révèle extérieurement l'existence. Pour cela, on doit la poursuivre, le laryngoscope à la main, chaque fois qu'une altération corticale, démontrée ou rendue probable par d'autres symptômes plus clairs, en fera soupçonner la possibilité. Le jour où, dans les services de médecine générale, on examinera, à ce point de vue, tous les hémiplégiques, tous les aphasiques, aphones ou non, tous les cérébraux de toute nature, le jour où le miroir laryngien sera, dans tous les cas de ce genre, appliqué d'une façon délibérée et pour

ainsi dire systématique, alors même qu'aucune manifestation laryngée apparente ne semble réclamer son emploi, on recueillera plus de faits qu'il n'en faut pour asseoir sur des bases cliniques solides un chapitre de pathologie nerveuse pour lequel nous restons encore honteusement tributaires de la physiologie expérimentale.

Pour se diriger dans cette recherche, il importe de savoir d'avance quel doit être, en pareil cas, l'aspect probable de la glotte, quelle déformation et quel trouble moteur il faut s'attendre à rencontrer. Et d'abord, l'image glottique est-elle constante, est-elle caractéristique en l'espèce ? Peut-on, d'après la simple vue d'une corde vocale immobilisée dans telle ou telle attitude, d'un orifice glottique déformé ou dévié d'une certaine manière, affirmer le siège cortical de la lésion originelle ? L'affirmer, non, mais le soupçonner sûrement. Je n'hésite pas, pour ma part, à déclarer que la paralysie corticale fournit une image laryngoscopique absolument personnelle et qui, bien analysée, peut conduire tout au moins à un diagnostic de présomption très probable.

Les caractères de cette image anormale, le sens suivant lequel la glotte a perdu sa mobilité, vont se déduire très simplement des quelques considérations de physiologie sommaire dans lesquelles nous sommes entrés en commençant :

Les lésions de l'écorce cérébrale laissant parfaitement indemne l'effort inconscient et continu de dilatation qui répond au côté respiratoire de l'activité laryngée (tonicité bulbaire des abducteurs), on n'observe aucune déformation tant qu'on se borne à examiner la glotte à l'état de repos. Tout le désordre fonctionnel porte sur les puissances adductrices, exclusivement préposées, comme on sait, à la phonation et à l'effort. Aussi, lorsqu'on engage le sujet à essayer de produire un son, la corde saine se met seule en mouvement; la corde malade reste passivement dans sa situation d'écartement respiratoire ; elle ne peut pas même s'approcher jusqu'à la position cadavérique, puisqu'elle n'a conservé aucune énergie adductrice capable de lutter contre le tonus des abducteurs. C'est donc, en somme, une immobilisation

absolue de la corde, aussi bien dans la phase vocale que dans la phase respiratoire; mais cette immobilisation en abduction respiratoire ne ressemble en aucune façon, comme pathogénie ni comme apparence, à l'immobilisation en position cadavérique qui caractérise la paralysie glottique totale.

C'est donc à tort que dans presque toutes, je crois même pouvoir dire dans toutes les observations de ce genre, on parle constamment de position cadavérique. Il y a là certainement une erreur d'interprétation physiologique en même temps qu'une erreur d'appréciation laryngoscopique qu'il n'est pas inutile de signaler. M. Déjerine lui-même y est tombé, et d'une façon d'autant plus étonnante, qu'après avoir indiqué chez ses deux malades cette attitude cadavérique, il ajoute plus loin cette proposition absolument contradictoire, que l'activité respiratoire était intégralement conservée, comme si l'expression « position cadavérique » ne voulait pas dire, rigoureusement et sans discussion possible, inertie absolue de la glotte aussi bien dans le sens respiratoire que dans le sens vocal.

On s'expliquerait malaisément comment les auteurs dont je parle ont pu confondre ainsi deux positions aussi visiblement différentes que le sont l'attitude cadavérique et l'abduction respiratoire, l'une correspondant à une très faible ouverture (5 millimètres, Semon) de la glotte, l'autre à sa plus large béance ($13^{mm},5$). Mais la cause de cette erreur est certainement contenue dans le fait que voici : la corde vocale restée saine, exagérant son excursion normale pour aller au-devant de sa congénère immobile, dissimule en partie l'excès d'écartement de cette dernière. Elle ne réalise toutefois cette compensation qu'au prix d'une certaine obliquité glottique, qui peut facilement échapper à l'attention, mais dont la constatation suffira toujours pour faire corriger l'illusion que je signale; on évitera également cette erreur si l'on prend soin de s'assurer que, pendant la respiration silencieuse, les deux cordes restent parfaitement symétriques : il n'en serait évidemment pas ainsi, si, comme on se plaît à le dire, la corde saine se trouvait alors dans sa

position respiratoire normale, et la corde malade en position cadavérique.

Cette fixation permanente d'une corde en attitude respiratoire étant un fait laryngoscopique absolument particulier, on voit donc que j'avais raison d'affirmer qu'elle peut suffire à caractériser la paralysie corticale. Elle ne s'observe en effet ni dans les paralysies bulbaires, où l'on trouve au contraire un défaut d'abduction, ni dans les lésions récurrentielles qui produisent, suivant les cas, tantôt, quand elles complètement destructives, la position cadavérique vraie; tantôt l'abduction permanente, alors qu'elles sont incomplètes (paralysie des abducteurs de Semon) ou simplement irritatives (contracture totale de Krause).

Il existe pourtant un seul état morbide où l'on rencontre, comme dans les lésions matérielles du centre laryngé, les cordes fixées en abduction extrême avec impotence absolue dans le sens de l'abduction : je veux parler des paralysies hystériques. Le fait n'a rien de surprenant si l'on songe que celles-ci sont aussi de provenance corticale. Mais ce qui les distinguera toujours des paralysies organiques, c'est qu'étant par excellence des perturbations fonctionnelles, les troubles moteurs hystériques sont constamment bilatéraux, alors que les lésions du centre laryngé, sauf le cas improbable où les deux côtés sont atteints, restent toujours rigoureusement hémiplégiques.

Cette unilatéralité des laryngoplégies corticales n'est certainement pas un caractère absolu et qui leur appartienne en propre : on trouve quelquefois la forme hémiplégique dans les lésions des troncs nerveux, quoique les deux récurrents, ou les deux troncs pneumogastriques, soient le plus souvent englobés ensemble dans la lésion originelle; on la rencontre aussi, quoique plus rarement, dans les altérations du bulbe. Ce que je désirais seulement signaler, c'est que ce caractère d'asymétrie n'étant absolument constant que dans les lésions cérébrales, sa constatation pure et simple constitue déjà, dans une paralysie de provenance douteuse, un commencement de preuve en faveur de cette origine.

Qu'on ne s'y trompe pas : je suis loin d'affirmer qu'il existe une corrélation nécessaire entre la forme d'un trouble moteur et la cause anatomique qui le produit, ni que le simple examen de la glotte, dans un cas de paralysie, suffise pour en révéler la provenance. Pas plus que les symptômes extérieurs, le laryngoscope, en ce cas, n'apporte une décision sans appel : c'est tout au plus s'il rend probable le diagnostic étiologique que ces symptômes montraient comme simplement possible ; mais la certitude absolue ne se trouve qu'à la table d'amphithéâtre. J'ai trop insisté tout à l'heure sur la nécessité de cette contre-enquête anatomo-pathologique pour qu'il soit besoin d'y revenir. Qu'il me suffise d'en rappeler l'extrême difficulté : c'est elle, bien plus encore que l'ambiguïté des phénomènes cliniques, qui fait les cas de cette espèce si difficiles à observer et rend à leur sujet la critique si exigeante.

Comprend-on maintenant pourquoi les observations de ce genre — j'entends les bonnes observations — se montrent en si petit nombre ? Est-il besoin, pour l'expliquer, d'invoquer la rareté des faits et d'admettre une loi d'exception pour cette forme de localisation cérébrale ? Ce qui manque le plus, je le répète encore, ce ne sont pas les cas eux-mêmes, mais les observateurs assez bien armés pour ne pas les laisser échapper et pour en tirer tout le parti qu'il faut ; ce sont les cliniciens assez heureux pour être initiés tout ensemble aux finesses du laryngoscope et aux difficultés de la neuro-pathologie, aux recherches délicates de l'histologie nerveuse et à la technique que réclame aujourd'hui la grosse anatomie pathologique des organes encéphaliques : ce cumul est indispensable pour assurer aux faits rencontrés la critique rigoureuse qui garantit leur authenticité documentaire.

SUR UN PROCÉDÉ DE TRAITEMENT DES KYSTES DU PAVILLON

Par le Dr H. **LAVRAND** (de Lille).

« Jusque dans ces derniers temps, on décrivait sous le nom d'hématomes les tumeurs du pavillon à contenu liquide, survenues sans signes bien vifs d'inflammation; mais j'ai montré que cette désignation n'était pas exacte dans bien des cas, puisque même en incisant la tumeur de bonne heure, on n'y trouvait pas trace d'épanchement sanguin. » (*Les Maladies de l'oreille*, de Hartmann, trad. Potiquet.) Ce sont tout simplement les kystes du pavillon de l'oreille, dont nous voulons parler; et, comme le dit encore Hartmann quelques lignes plus loin, je trouvai dans leur intérieur un liquide visqueux tout à fait limpide, légèrement jaunâtre. Dans aucun cas le liquide ne présentait de coloration rougeâtre ou noirâtre; l'intérieur du kyste ne contenait ni détritus, ni fibrine coagulée, rien donc qui pût faire croire à une hémorragie antérieure. En d'autres termes, l'origine du contenu de la poche ne pouvait être rapportée à une extravasation sanguine primitive, c'est-à-dire à un othématome.

D'après D. M. Lévi (1), la guérison est possible sans opération, mais la résorption se fait lentement; la cicatrisation, très longue à obtenir aussi après l'intervention chirurgicale, amène toujours une *déformation fort disgracieuse* du pavillon. Pour Hermet (2), la trace de l'othématome, sans être gênante, reste indélébile, même après l'intervention chirurgicale. Miot et Baratoux (3) recommandent de choisir un mode opératoire peu susceptible de déterminer une cicatrice vicieuse.

La guérison n'est pas difficile à obtenir, car les moyens ne font pas défaut lorsque la résorption spontanée n'a pas

(1) Lévi. Manuel pratique des Maladies de l'oreille.
(2) Hermet. Leçons sur les Maladies de l'oreille.
(3) Traité des Maladies de l'oreille.

lieu. On recommande la ponction simple, la ponction suivie d'injections irritantes (iode, chlorure de zinc, solution forte d'acide phénique, etc.); l'incision suivie de la dissection ou de l'arrachement de la paroi de la poche; enfin le séton. Quel que soit le moyen employé, on a une cicatrice vicieuse d'autant plus désagréable qu'elle est très apparente. Ne trouvant rien dans les auteurs, nous avons cherché un procédé qui offrît des chances de mettre à l'abri de cet inconvénient.

I. — Il y a quelque temps, nous étions consulté pour un kyste sébacé du volume d'un double pois siégeant sur la joue au niveau de la branche horizontale du maxillaire inférieur droit; on nous priait de ne pas produire de cicatrice. Pour cela, nous avons fait usage d'une anse de fil fin de platine, afin de ne pas cautériser trop largement l'orifice d'entrée. Avec ce cautère souple, nous avons touché la plus grande partie de la surface intérieure de la poche. Quelques jours après, les parois de la cavité étaient accolées; le kyste n'a plus sécrété depuis lors et l'on ne voit qu'une cicatrice ponctiforme nullement désagréable comme aspect.

II. — Dans le courant de l'année 1891, nous avons à soigner une religieuse âgée de vingt ans, pour un kyste sébacé gros comme une grosse noisette et situé sur la joue gauche près du sillon qui sépare l'aile du nez de la joue. Voulant éviter une cicatrice, nous avons fait une ponction au galvanocautère; la poche vidée, nous avons promené l'anse de platine souple dans toute la poche. Après une réaction très modérée, pendant deux ou trois jours, tout est rentré dans l'ordre; au bout de dix mois, la guérison se maintient encore. Comme trace de l'intervention, une cicatrice ponctiforme insignifiante.

III. — Un élève en pharmacie, âgé de vingt-deux ans, vient nous consulter en décembre 1890 pour une tumeur kystique du pavillon droit, parce que son volume augmente sans cesse : le liquide se sentait sur les deux faces du cartilage. Il y a quelques années, il a vu un premier kyste se développer sur le pavillon gauche, à la même place, c'est-à-dire sur la partie supérieure. Traité par l'incision, il est resté une cicatrice volumineuse, difforme et très désagréable. Désireux d'éviter cet inconvénient, nous avons essayé l'incision simple, suivie d'une compression modérée, mais sans aucun résultat.

Notons que le liquide était visqueux, épais, colloïde, à peine jaunâtre, mais ni rouge, ni noir ; la poche ne contenait aucune substance solide. Les injections irritantes ont causé de vives douleurs au patient, sans résultat. Le séton menaçait de traîner la cicatrisation en longueur. Bref, nous avons, en 1891, employé le galvanocautère avec l'anse de fil pour provoquer l'adhérence des parois sans risquer de favoriser l'apparition d'une cicatrice trop laide. Ce procédé nous a réussi ; nous avons touché en trois séances la face interne de la poche, juste assez pour amener une inflammation adhésive en pénétrant par les orifices laissés par le séton. La guérison se maintient et la cicatrice est beaucoup moins apparente que celle de l'oreille gauche, bien que le kyste ait été aussi grand. Notons que d'autres moyens avaient été essayés d'abord : voilà pourquoi la cicatrice est encore visible.

Le fait suivant vient à l'appui de notre manière de voir :

IV. — Une jeune fille de dix-neuf ans nous consulte à notre clinique vers la fin de l'année 1891 pour un kyste du pavillon droit; il était gros comme une grosse noisette. Les symptômes, le siège et le contenu rappelaient tout à fait le cas précédent, sauf que le liquide ne se trouvait que sur la face postérieure. Ponction au galvanocautère avec l'anse fine et souple : cautérisation de la face interne de la poche en deux séances; légère mais courte réaction. Tout va bien pendant un mois; puis une partie non touchée sécrète et forme une grosseur du volume d'un pois. Ponction et même traitement. Depuis trois mois la guérison complète se maintient. A l'examen on ne voit aucune cicatrice, sauf deux points très petits correspondant à nos deux ponctions. Les tissus sont d'ailleurs tout à fait normaux; au toucher ils présentent la même consistance que le pavillon gauche, lequel n'a pas été atteint.

Conclusions. — 1° Il y a des kystes du pavillon qui n'ont rien de commun avec les othématomes. 2° Lorsqu'ils n'ont aucune tendance à guérir seuls, la ponction au galvanocautère (anse de fil fin et souple pour atteindre tous les points) et la cautérisation légère de la paroi intérieure de la poche provoquent l'adhérence sans laisser aucune, non pas difformité, mais cicatrice.

SUR UNE CAUSE D'ERREUR POSSIBLE DANS L'ÉPREUVE DE VALSALVA

Par le Dr **M. LANNOIS** (de Lyon).

Depuis le mois de janvier 1890, j'ai l'occasion de voir de temps à autre une dame atteinte de vertige de Ménière datant de dix-sept ans. Après les vertiges qui ont été les premiers phénomènes en date avec des bourdonnements, il s'est installé lentement une surdité qui est aujourd'hui à peu près complète. Elle n'entend absolument rien de l'oreille droite et très peu de l'oreille gauche ; elle se sert même souvent d'un cornet. Elle lit d'ailleurs assez bien sur les lèvres. J'ajouterai que la surdité est héréditaire dans la famille : sa mère est devenue sourde à l'âge de trente ans, et une de ses filles, âgée de vingt ans, a depuis deux ou trois ans des bourdonnements très pénibles.

Mme X... est sujette depuis fort longtemps à de la rhino-pharyngite qui va s'atténuant, mais qui a parfois des recrudescences assez vives. Il y a quelques mois, étant à la campagne, elle fut prise d'un coryza qui s'accompagna rapidement de douleurs vives dans l'oreille. Un médecin, d'ailleurs des plus instruits et des plus capables, fut appelé, regarda le fond du conduit, le trouva très enflammé, fit souffler la malade suivant la méthode de Valsalva et diagnostiqua une perforation du tympan.

La malade effrayée revint alors me trouver : elle se mit immédiatement en devoir de souffler et de fait un sifflement aigu, ayant son siège dans l'oreille, perceptible dans tout mon cabinet, se fit entendre aussitôt. Et cependant l'examen du tympan, très facile à pratiquer et qui jusqu'alors ne m'avait montré qu'une sclérose avancée, faisait écarter toute idée de perforation : il n'y avait que de la rougeur vive le long du manche et sur le cercle tympanal.

Un examen plus attentif me montra que le sifflement s'entendait *non pas pendant l'épreuve de Valsalva, mais immédiatement après*, au moment où la malade cessait

l'effort. Je pratiquai alors le cathétérisme et constatai une obstruction très nette de la trompe par laquelle il ne passait que très peu d'air et avec beaucoup de difficulté. L'examen direct du nez et du pharynx me montra aussi de la rougeur et un gonflement généralisé.

Ce bruit persista dix jours, puis cessa de se produire : à ce moment la rougeur avait disparu et le cathétérisme était redevenu facile. A aucun moment, il n'y eut d'écoulement par le conduit.

Le bruit n'avait donc pas son siège au niveau d'une perforation de la membrane tympanique qui n'existait pas, et je suis disposé à croire qu'il se produisait dans la trompe d'Eustache, au moment où l'air comprimé par le valsalva dans la caisse cherchait à s'échapper. Le tympan repoussé en dehors s'abaissait manifestement pendant toute la durée du bruit, très intense, je le répète, mais assez court.

Je n'ai pas trouvé ce petit fait signalé dans les auteurs classiques, et c'est pourquoi j'ai cru bon de le noter, puisqu'il peut si facilement exposer les praticiens à une erreur de diagnostic.

SARCOME DE L'AMYGDALE. — DIFFICULTÉS DU DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE

Par le Dr **LUC** (de Paris).

Au commencement d'avril de cette année, je fus consulté par M. le comte de B..., homme de cinquante ans présentant toutes les apparences d'un bon état général, pour un gonflement de l'amygdale gauche qu'il faisait remonter à quelques mois.

En faisant ouvrir la bouche du malade, je constatai qu'en effet l'amygdale était augmentée de volume, mais qu'elle était, en outre, le siège d'une ulcération à bords déchiquetés, indurés, donnant l'impression d'une néoplasie de mauvaise nature. Le malade niait énergiquement tout antécédent syphilitique. Il n'existait à cette époque aucune trace d'engorgement ganglionnaire. Quand M. de B... m'eut appris que, quelques jours auparavant, un autre spécialiste avait pratiqué la cautérisation ignée de l'amygdale, j'eus l'espoir que peut-être l'ulcération n'était que le résultat artificiel de cette intervention et je me proposai

de laisser mon diagnostic en suspens jusqu'à la prochaine visite que devait me faire le malade, l'ulcération devant se montrer alors cicatrisée si elle était simplement d'origine traumatique. J'eus soin cependant, avant de congédier le malade, d'extraire, au moyen d'une pince coupante, un fragment de la région suspecte qui fut envoyé à un histologiste de mes amis.

Ce dernier me répondit bientôt que le fragment examiné par lui présentait simplement les caractères de l'hypertrophie amygdalienne, hypertrophie caractérisée par une abondance anormale des cellules lymphoïdes dans le réticulum de la glande. Cette réponse avait dissipé mes appréhensions; aussi fus-je péniblement surpris, quand je revis M. de B..., au mois de juin, de trouver l'ulcération amygdalienne plus étendue que la première fois et de constater une induration ligneuse des bords, plaidant plus que jamais en faveur de la malignité. Un nouveau fragment fut extrait et adressé à un second histologiste aussi renommé que le premier pour sa grande compétence en la matière. La réponse de ce dernier fut identique à la première.

De plus en plus perplexe, j'assignai au malade un nouveau délai.

Quand je le revis au mois d'août, aucune espèce de doute n'était plus possible : je constatai en effet, outre les caractères objectifs de l'ulcération déjà signalés et de plus en plus prononcés dans le sens de la malignité, un engorgement dur des ganglions de la région sous-maxillaire gauche. Le malade commençait en outre à accuser de la dysphagie et des douleurs lancinantes dans la région amygdalienne. Mon excellent maître et ami M. le Dr Lucas-Championnière, qui voulut bien voir alors le malade en consultation avec moi, partagea complètement mon opinion relativement à la nature cancéreuse de l'affection et jugea d'ailleurs le cas comme absolument inopérable.

Désireux d'éclaircir la contradiction qui existait ici entre les données de la clinique et celles de l'histologie, j'exposai le cas à l'une de nos plus grandes autorités en matière d'histologie, M. le Dr Gombaut, et le priai de vouloir bien me donner son opinion sur un troisième fragment que je mis à sa disposition. J'avais supposé pour mon compte qu'il s'agissait ici d'une variété de sarcome à petites cellules rondes difficile à distinguer, au moins à ses débuts, de l'amygdale hypertrophiée ou enflammée.

Comme on va le voir, cette présomption s'est trouvée à peu près confirmée par la réponse de M. Gombaut que je transcris littéralement :

« ... Il s'agit sûrement d'une néoplasie du genre sarcome... A un grossissement moyen, ce que l'on voit le mieux sur les coupes c'est que la constitution du tissu est très homogène et qu'il est formé, en

majeure partie, sinon en totalité, de cellules de petites dimensions. Ces cellules sont ovalaires ou fusiformes, et de plus elles sont cohérentes. Le pinceau ne mord guère sur le tissu et ne détache qu'un nombre très restreint de cellules.

» Les cellules sont orientées de façon à former des travées plus ou moins larges, circonscrivant des espaces également cellulaires, de forme variable.

» Le centre des travées comme celui des espaces circonscrits est souvent occupé par un vaisseau, à cavité étroite, à parois épaisses exclusivement ou presque exclusivement cellulaires, se confondant avec le reste du tissu.

» Ces détails suffisent, n'est-ce pas, pour éliminer complètement l'idée d'épithélioma, aussi bien du reste que l'idée de tumeur lymphatique pure ; les éléments constituants sont plus gros, moins ronds, beaucoup plus cohérents que les cellules lymphatiques ou migratrices.

» Cependant, sur les points où la coupe est déchirée ou écrasée et sur les coupes traitées au pinceau, on constate que derrière les cellules ou entre elles existe, par places, un réticulum de fines fibrilles ayant bien le caractère du réticulum lymphatique ; alors la question se pose de savoir si ce réticulum n'est que le reste du tissu préexistant, ou si au contraire il fait bien partie intégrante de celui de nouvelle formation. Il ne me paraît pas permis de se prononcer absolument à cet égard.

» J'incline à penser qu'il s'agit d'un sarcome fuso-cellulaire pur, mais j'accepterais tout de même l'étiquette lympho-sarcome.

» Maintenant, je crois que les histologistes autrefois consultés ont dû voir juste et qu'ils ont eu raison, dans leur réponse, de s'en tenir à ce qu'ils voyaient. Il est bien probable qu'à un moment donné du développement du néoplasme, les cellules migratrices ont été très abondantes dans l'amygdale. Ces cellules ont-elles pris part à l'organisation des tissus définitifs ? Ont-elles, au contraire, fait place graduellement aux cellules fixes du tissu conjonctif proliférant anormalement ? C'est là une question très intéressante, mais que le fait actuel ne peut aider beaucoup à résoudre.

» En fait, la structure des fragments que vous m'avez adressés est très analogue à celle du tissu conjonctif soumis à certaines causes d'irritation chronique et, en pareil cas, pour décider qu'il y a tumeur, c'est-à-dire développement d'éléments anatomiques en quelque sorte spontané, dépendant d'une évolution anormale, indépendante de toute cause extérieure surajoutée, il n'est que prudent de faire appel à toutes les sources de renseignements et de ne pas se fier à ceux que peut donner l'histologie laissée à ses propres ressources. »

Il nous reste peu de chose à ajouter aux judicieuses réflexions qu'on vient de lire; nous voulons seulement insister sur le fait pratique qui se dégage de ce cas : la difficulté ou l'impossibilité de déterminer par le microscope la nature de certaines tumeurs malignes de l'amygdale. Diagnostiquée à une époque plus précoce, cette tumeur amygdalienne aurait-elle pu être opérée avec quelques chances de résultat radical ? M. le Dr Lucas-Championnière a répondu négativement à cette question de notre part. On sait, en effet, le caractère généralement inopérable des cancers amygdaliens, tenant à des particularités anatomiques de la région sur lesquelles nous n'avons pas à insister ici. Cette considération ne nous permettait donc pas de déplorer l'époque tardive à laquelle un diagnostic ferme avait pu être porté, et l'intérêt présenté par les diverses péripéties de cette histoire clinique devenait, de ce fait, d'ordre purement spéculatif.

ÉVERSION DU VENTRICULE DE MORGAGNI

Par le Dr **R. BEAUSOLEIL** (de Bordeaux).

« L'éversion de l'un ou des deux ventricules est une des formes rares de la luxation. On n'en connaît que trois ou quatre exemples, et encore un seul d'entre eux (celui de Lefferts) a été reconnu pendant la vie. Dans ce dernier cas les deux ventricules étaient abaissés et celui du côté gauche était énormément hypertrophié.

» L'accident semble être survenu pendant le sommeil et vingt ans avant que le malade ne vînt consulter le Dr Lefferts. Ce malade était resté enroué depuis cette époque et il souffrait en outre d'une dyspnée considérable. Le Dr Lefferts put le guérir en pratiquant la thyrotomie et en extirpant les ventricules renversés. »

Ainsi s'exprimait Morell-Mackenzie dans son *Traité des Maladies du larynx* paru en 1882.

Depuis cette époque, on a bien publié quelques nouveaux cas de prolapsus ventriculaire, mais il est facile de voir que les faits de ce genre sont encore très peu nombreux. Massei et Moure, dans leur *Traité des Maladies du larynx*, insistent, avec les autres auteurs, sur la rareté de cette lésion.

Nous n'avons pas l'intention de rappeler ici les cas de Lefferts, Solis Cohen, Massei, Zawerthal, celui plus récent de Scheinmann; tous ces faits se ressemblant, ou à peu près, on a pu établir d'une façon nette et précise la description de cette laryngopathie.

Nous ne faisons allusion ici qu'aux éversions chroniques du ventricule de Morgagni, à celles que l'on peut regarder comme définitives en ce sens qu'une fois constituées, elles ne rétrogradent pas d'elles-mêmes, nécessitant même, parfois, un traitement des plus énergiques.

Nous ne voulons pas non plus parler de ces hernies ventriculaires qui forment le cortège, sinon obligatoire, au moins assez habituel, de quelques laryngites diathésiques. Toutes ces inflammations particulières de la muqueuse vocale sont aujourd'hui parfaitement connues et la description en est absolument classique.

Par contre, il peut exister, en dehors de ces cas bien définis, d'autres renversements de l'un ou des deux ventricules de Morgagni ne rentrant dans aucun des cadres tracés plus haut. C'est ainsi que nous avons pu, tout récemment, observer à la Clinique laryngologique de la Faculté de Médecine de Bordeaux un cas d'éversion ventriculaire d'origine purement inflammatoire, se conduisant comme une laryngite aiguë avec laquelle elle avait, du reste, pris naissance et ayant régressé au moment où cette dernière disparaissait après en avoir suivi tous les stades. Voici le fait :

Au mois de novembre 1891, le nommé Jean S..., employé de commerce, âgé de trente-deux ans, vient pour la première fois à la consultation laryngologique de la Faculté de Médecine pour un enrouement qui dure depuis un mois environ.

Antécédents héréditaires. — Sans intérêt.

Antécédents personnels. — Rougeole à l'âge de neuf ans. A quatorze ans, fièvre intermittente qui a persisté pendant un an. Depuis cette époque, Jean S... a toujours été bien portant. Marié depuis neuf ans, il a une petite fille de sept ans qui se porte très bien.

Début et marche de la maladie. — Le malade raconte qu'au mois de mars 1890, ayant eu froid, il fut atteint d'une angine assez légère et d'un enrouement qui ne tarda pas à s'aggraver à tel point, qu'au bout de quelques jours, il pouvait à peine se faire entendre. Après quelques efforts de toux la voix était cependant un peu plus claire, mais aussitôt qu'il avait prononcé quelques paroles l'enrouement revenait comme auparavant. Il consulta alors son médecin qui prescrivit un vomitif, des gargarismes et des badigeonnages de teinture d'iode sur la région antérieure du cou. Cette médication suffit pour amener du soulagement et huit jours après l'enrcuement avait presque complètement disparu, sans que la voix eût repris son timbre normal. A part cet enrouement qui s'accentuait parfois sous l'influence des variations de la température extérieure, le malade ne fut nullement incommodé jusqu'au mois de février 1891. A cette époque, il est obligé de se rendre dans la Corrèze auprès de sa mère mourante. Il voyage toute la nuit; en arrivant chez lui il est de nouveau fortement enroué et complètement aphone au bout de trois jours. Il revient à Bordeaux et reprend son travail. Peu à peu, sans aucun traitement, son enrouement disparaît.

Le 1er novembre 1891, notre malade, après avoir fait une longue course, reste exposé à un courant d'air; il est aussitôt repris d'une nouvelle poussée inflammatoire de l'organe vocal, rapidement suivie d'aphonie. Pensant que cette extinction de voix disparaîtrait d'elle-même, comme les autres fois, il ne suit aucun traitement. A la fin de novembre, son état ne s'étant point amélioré, il vient à la clinique.

A son arrivée, nous constatons du côté des fosses nasales un léger coryza chronique avec hypertrophie des cornets inférieur et moyen du côté gauche.

Le pharynx est sec, vernissé; tout le fond de la gorge est rouge. Des mucosités assez abondantes tapissent l'orifice postérieur des fosses nasales.

Sur la base de la langue on trouve du tissu adénoïde hypertrophié.

L'épiglotte et les replis ary-épiglottiques sont sains.

La corde vocale droite est rouge dans toute sa longueur. Rien sur les bandes ventriculaires, si ce n'est un peu de rougeur s'étendant, du reste, à tout le vestibule du larynx.

Du côté gauche on aperçoit une saillie oblongue antéro-postérieure, occupant le bord libre de la bande ventriculaire de ce côté avec laquelle elle se continue. Cette tumeur, à base large, recouvre la corde vocale inférieure gauche dans presque toute son étendue; à peine aperçoit-on sa portion postérieure au niveau de son insertion sur l'apophyse vocale. En avant, elle vient se perdre, peu à peu, dans l'angle rentrant du thyroïde.

Pendant une forte inspiration, le volume de la tumeur semble diminuer un peu et permet de voir par moment le rebord de la corde vocale. Cette saillie est lisse, rougeâtre, de même couleur que la bande ventriculaire sur le bord inférieur de laquelle on voit comme une dépression légère au point où finit habituellement cette muqueuse et où elle se réfléchit pour constituer la paroi supérieure du ventricule de Morgagni. Dans la phonation, la portion antérieure de la corde vocale droite est recouverte par l'extrémité antérieure de la tumeur. A ce niveau on voit flotter une petite saillie blanchâtre produite par un déplissement de la muqueuse.

Rien d'anormal dans l'espace aryténoïdien.

Rien du côté des poumons; le malade d'ailleurs est vigoureux, ne tousse pas, n'a pas maigri, ne présente en un mot aucun signe de tuberculose. L'examen le plus minutieux ne révèle chez lui aucune trace de syphilis héréditaire ou acquise.

Afin de se rendre compte de l'évolution de cette lésion, on institue simplement la médication habituelle de la laryngite aiguë.

Nous renvoyons le malade le 2 décembre ; son état ne s'est guère modifié.

Le 6 décembre, l'inflammation de tout l'organe vocal a disparu; le volume de la tumeur a notablement diminué, elle se confond presque avec la bande ventriculaire. L'enrouement persiste. Les cordes vocales sont toujours rouges.

Attouchements au chlorure de zinc.

Le 21 décembre, le ventricule est encore un peu éversé, mais il permet de voir la corde vocale dans toute sa longueur. La partie herniée présente 1 centimètre de long sur 3 à 4 millimètres de large. Les cordes vocales sont encore un peu rouges, ce qui explique la persistance de l'enrouement.

En janvier, le malade revient à la clinique. Il ne reste plus qu'une légère saillie du ventricule de Morgagni. La voix a repris son timbre normal.

Le 13 avril, tous les symptômes que nous avions constatés ont disparu, la guérison est complète depuis déjà quelque temps.

On peut facilement voir que cette observation diffère essentiellement de celles publiées jusqu'à ce jour, en ce sens qu'il s'agit bien ici d'une éversion ventriculaire véritablement aiguë ayant évolué, comme nous l'avons déjà dit plus haut, avec la laryngite qui l'avait occasionnée et ayant rétrocédé comme cette dernière sous l'influence du traitement topique habituel.

Ce cas ne peut, en effet, rentrer dans la catégorie des éversions chroniques ; il n'est pas possible, non plus, de le considérer comme étant sous la dépendance d'une inflammation diathésique de la muqueuse laryngée.

Nous ne voulons cependant pas nier la réduction possible, spontanée, de certains prolapsus diathésiques ; nous savons très bien, en effet, que la muqueuse ventriculaire herniée dans le cours de certaines laryngites tuberculeuses ou syphilitiques est susceptible de reprendre sa place normale, lorsque l'inflammation disparaît.

D'après les indications fournies par le malade, il est à croire qu'il n'en était pas à sa première éversion et que les poussées antérieures de laryngite dont il avait été atteint s'accompagnaient, chaque fois, d'un renversement plus ou moins complet de la muqueuse ventriculaire produisant des troubles vocaux analogues à ceux que nous avons observés lorsque le malade est venu nous consulter pour la première fois.

Nous ne pensons pas qu'il soit utile de discuter ici le diagnostic de cette lésion, le cas était trop net pour que le doute fût possible.

Enfin, même après la guérison du malade, la légère saillie que fait encore la portion antérieure du ventricule reste là comme un stigmate bien net de la lésion constatée et aussi comme une sorte d'appel à une manifestation semblable devant se produire sous l'influence d'une inflammation un peu vive de la muqueuse vocale.

Les cas de ce genre ne se rencontrent, pensons-nous, que très exceptionnellement dans les inflammations aiguës du larynx. Aussi cette éversion rapide se conduisant comme

une laryngite aiguë méritait-elle d'être signalée, non seulement à cause de sa rareté, mais encore parce qu'elle nous semble constituer une contribution intéressante à l'étude de la laryngite catarrhale aiguë, affection qu'il ne nous est pas donné d'observer très souvent, les malades ne venant guère réclamer nos soins pour un enrouement passager.

CONDYLOMES SYPHILITIQUES DES FOSSES NASALES

Par le Dr **L. LACOARRET** (de Salies-de-Béarn).

La syphilis peut atteindre les fosses nasales aux diverses périodes de son évolution. L'accident primitif, le chancre, occupe soit la partie antérieure, soit la partie postérieure du nez, au niveau de l'orifice de la trompe d'Eustache. Le fait est rare, mais il a été constaté quelquefois, et Spencer Watson, Moure, etc., en ont rapporté des exemples non douteux. Les accidents de la période secondaire, parfaitement décrits dans le travail inaugural du Dr G. Dupond (« Etude sur la syphilis du nez », Paris, Doin, éditeur, 1887), sont un peu plus fréquentes. Quant aux manifestations tertiaires de cette affection du côté des fosses nasales, elles sont pour ainsi dire communes, et Ollivier (Thèse de Bordeaux, « Syphilis tertiaire du nez », 1888) a fait une bonne étude de ces lésions sur lesquelles notre excellent ami M. Natier, V. Raulin, etc., ont également attiré l'attention.

Nous ne chercherons pas à faire ici une étude complète des formes que revêt la syphilis nasale dans ses divers stades, nous tenons simplement à rapporter un fait intéressant par sa rareté, et par les difficultés que son diagnostic peut parfois présenter.

Il s'agit dans ce cas, ainsi qu'on le verra plus loin, d'un accident de la période secondaire. Or, si nous consultons les différents travaux publiés sur cette question, il nous sera facile de voir qu'on n'a décrit jusqu'à présent que les lésions ulcéreuses des fosses nasales qui s'offrent le plus souvent sous la forme de fissures à l'entrée des narines, tandis que

les plaques muqueuses de la pituitaire proprement dite sont de beaucoup les plus rares. MM. Deville et Davasse (*Archives de Médecine*, octobre 1845), Lanceraux (*Traité historique et pratique de la syphilis*), admettent leur peu de fréquence; et bien que Fournier, dans ses « Leçons sur la syphilis », considère les syphilides muqueuses des narines comme assez communes, il ajoute plus loin : « Beaucoup plus rares » sont les syphilides de la pituitaire qui s'observent surtout » au voisinage des narines. » Quant à Mauriac (*Gazette médicale des Hôpitaux*, 1882), il écrit que la peau du nez et la muqueuse olfactive ne viennent qu'en quatrième ou cinquième ligne dans l'ordre de fréquence des manifestations secondaires.

Fissures et plaques muqueuses, telles sont les seules lésions de cette époque de la maladie ou de la période de transition qui sont signalées par les différents auteurs. Ils passent complètement sous silence les productions verruqueuses, végétantes, papillaires, les condylomes enfin, que nous savons, au contraire, être très communs dans d'autres régions de l'organisme, à l'anus, à la vulve, au gland, etc. Les auteurs anglais décrivent bien sous le nom de « condylomata » les manifestations secondaires de la syphilis, mais ce terme, propre à induire en erreur, se rattache simplement à la plaque muqueuse, et ne se rapporte en aucune façon aux tumeurs que nous comprenons sous cette dénomination. On peut cependant voir, d'après l'observation suivante, que ces sortes d'accidents sont susceptibles d'envahir la pituitaire et doivent, par conséquent, venir compléter le tableau clinique de la syphilis secondaire du nez.

Observation I. — *Condylomes de la cloison nasale à droite* (n° 4917 du registre). — Georges B..., âgé de dix-sept ans, d'apparence robuste, exerce la profession de cocher. Sa mère est diabétique et rhumatisante; son père présente une affection pulmonaire. Il a eu trois frères; l'un a été atteint d'une néphrite à l'âge de vingt ans, le second est mort de la poitrine, le troisième a succombé à une méningite. Deux sœurs sont mortes à la suite d'une pleurésie.

Le malade a eu la rougeole à l'âge de sept ans et une fluxion de

poitrine à dix ans. Il s'enrhume facilement et expectore quelque peu. Il y a six mois, il lui vint à la région sus-hyoïdienne, et dans l'angle antérieur du maxillaire inférieur, plusieurs ganglions durs, roulant sous le doigt, et de la grosseur d'une noix. Ces ganglions faisaient une saillie volumineuse sous le maxillaire. Le médecin qu'il consulta à cette époque conseilla une pommade à l'iodure de plomb; les ganglions diminuèrent un peu, mais ne disparurent pas.

Le 4 janvier, le malade vient à la clinique. Il ressent des picotements dans la gorge avec des sensations d'étouffement. La déglutition est peu douloureuse, mais l'a été davantage, et quelques jours auparavant, il serait survenu des hémoptysies légères, mais qui avaient persisté pendant près de deux semaines. Les ganglions dont nous avons signalé déjà la présence ont un volume assez considérable.

A l'examen de la gorge en constate que tout l'isthme du gosier est rouge; les amygdales sont augmentées de volume. On aperçoit le long des piliers antérieurs et du voile du palais un petit liséré blanchâtre. Bien que le malade nie tout rapport sexuel, suspect ou non, nous procédons à l'examen de ses organes génitaux. Il existe quelques ganglions dans l'aine, et dans le sillon balano-préputial nous découvrons une cicatrice blanchâtre, fibreuse, avec induration caractéristique provenant d'un petit bouton qui, d'après le malade, se serait montré spontanément deux ou trois mois environ avant qu'il ait commencé à souffrir de la gorge. Pas de traces de roséole ou d'alopécie.

Comme le diagnostic ne paraît pas absolument net, ce jeune homme est mis en observation et renvoyé sans traitement interne. Il revient une vingtaine de jours après, porteur cette fois de belles plaques muqueuses recouvrant les amygdales et le pilier antérieur droit. Le malade se plaint à ce moment de présenter de l'obstruction nasale surtout du côté droit. A l'examen rhinoscopique, on constate qne la muqueuse du cornet inférieur est très tuméfiée, et offre l'aspect de la dégénérescence polypoïde. Après cocaïnisation et rétraction partielle de cette muqueuse, on aperçoit sur la cloison, à un centimètre et demi environ de l'orifice antérieur des fosses nasales, une tumeur qui siège à la partie inférieure; et qui est divisée en trois lobules, dont le volume va en augmentant du haut en bas. Il en résulte que le lobe inférieur, le plus considérable, remplit tout le méat correspondant. s'insinue sous le cornet inférieur et comble ainsi tout l'espace laissé libre. Cette tumeur est comme étagée sur la cloison; elle présente un volume de un centimètre environ dans tous ses diamètres; sa coloration est grisâtre, et la respiration nasale est à peu près impossible de ce côté.

A gauche, on trouve une hypertrophie assez notable du cornet inférieur, et la partie postérieure de ce cornet offre également l'aspect de la dégénérescence polypoïde.

Sur le pilier antérieur droit, à un centimètre environ de son union avec la base de la langue, on remarque une petite tumeur blanchâtre et aplatie, de la grosseur d'un pois, ressemblant absolument à celle qui existe au niveau de la cloison des fosses nasales.

L'amygdale droite offre une ulcération de deux centimètres de haut sur un centimètre et demi de large dans ses deux tiers supérieurs. Elle est irrégulièrement ovalaire et s'étend du bord antérieur du pilier, ulcéré lui-même sur son bord, jusqu'à la limite du pilier postérieur qui n'est pas atteint. Cette ulcération est blanchâtre, anfractueuse, à bords irréguliers et surélevés ; elle semble avoir creusé l'amygdale qui est uniformément rouge et tuméfiée. On sent de nombreux ganglions dans la région cervicale et sous-maxillaire. La déglutition n'est pas très douloureuse.

La malade est soumis au traitement biioduré, on touche son ulcération avec du nitrate acide de mercure, et on lui prescrit un gargarisme iodo-ioduré.

Le 29 février, nous constatons que les ganglions ont beaucoup diminué ; il n'en reste qu'un assez volumineux dans la région sous-maxillaire droite. L'ulcération de l'amygdale s'est détergée, et présente un bon aspect, la petite tumeur verruqueuse du pilier droit s'est affaissée, celle de la fosse nasale droite s'est considérablement réduite, elle a perdu son aspect grisâtre et la respiration est un peu plus libre de ce côté.

Le 14 mars, les ganglions bien qu'offrant un volume moindre sont encore très appréciables ; la tumeur du pilier a disparu ; l'ulcération de l'amygdale quoique améliorée persiste encore, mais nous apprenons que le malade a continué à fumer, malgré la défense qui lui en a été faite. Dans la fosse nasale droite, l'ancienne tumeur n'est plus représentée que par un léger épaississement de la muqueuse de la cloison, épaississement sur lequel on retrouve aisément encore les deux sillons qui limitaient les trois lobes primitifs. La muqueuse est un peu rouge, mais à peu près normale. La dégénérescence polypoïde du cornet inférieur n'a pas été modifiée, mais par suite de la disparition presque complète de la tumeur de la cloison, qui obstruait le méat inférieur, la respiration nasale est assez libre. Attouchements avec la solution iodée forte.

19 avril. — Le malade allait très bien, il y a une vingtaine de jours, et la guérison ne devait pas tarder à se faire. Il a cessé de venir nous

voir, a abandonné toute espèce de traitement, et recommencé à fumer sans mesure. Les ganglions qui n'étaient plus appréciables se sont de nouveau légèrement tuméfiés. L'ulcération amygdalienne est cependant cicatrisée, mais les piliers et les amygdales sont encore rouges et gonflés. L'épaississement de la cloison est à peine marqué.

Nous avons revu le malade le 28 avril. Tous les accidents avaient disparu, et bien qu'il puisse être considéré comme guéri, nous lui conseillons de continuer pendant quelques jours encore son traitement pour le mettre à l'abri de toute récidive nouvelle.

Bien que les antécédents héréditaires et collatéraux de notre malade, que ses antécédents personnels, eussent pu faire songer à l'existence de la tuberculose, nous ne pensons pas cependant qu'il soit possible de rattacher les lésions constatées à cette diathèse dont on ne trouvait d'ailleurs aucune trace appréciable chez lui. Ce jeune homme présentait un aspect vigoureux, il n'avait nullement maigri, ne toussait pas, et l'examen de sa poitrine ne révélait rien d'anormal malgré les hémoptysies dont il prétendait avoir été atteint. On sait d'un autre côté que lorsque la tuberculose évolue d'une façon aussi aiguë du côté du pharynx et des fosses nasales, c'est généralement, sinon toujours, à la période confirmée de la maladie que l'on voit apparaître des accidents de cette nature. L'aspect et la marche des lésions, les divers symptômes que nous observions, ne permettaient pas davantage de s'arrêter longtemps à ce diagnostic. Fallait-il songer à la forme de tuberculose chronique à bacilles rares décrite communément sous le nom de lupus ? Evidemment non, car outre que la tumeur des fosses nasales n'offrait aucune analogie avec les excroissances lupiques, sa localisation et sa délimitation exactes, son adhérence intime avec la cloison, dont la muqueuse paraissait saine une fois le malade guéri, offraient des éléments de diagnostic suffisants pour permettre d'écarter l'idée d'une pareille lésion.

Les épaississements ou déviations de la cloison, les enchondromes, les ostéomes, etc., n'évoluent pas de la manière observée chez notre malade. Ces saillies sont plus ou moins

lisses et étalées ; elles n'ont d'ailleurs aucune tendance à disparaître spontanément sous l'influence d'une médication interne.

L'existence précoce de cet accident aurait pu faire penser un instant à une dégénérescence papillaire simple, non diathésique, de cette région, d'autant plus que le malade niait énergiquement tout contact suspect. Mais les papillomes du nez de même que toutes les autres tumeurs bénignes de la muqueuse dont on aurait pu soupçonner l'existence ne se développent pas avec une aussi grande rapidité ou présentent des caractères différents et que nous avons indiqués ailleurs (*Papillomes des fosses nasales*, Doin, édit., 1889). Toutefois nous devons reconnaître que c'est surtout sur la coïncidence des autres accidents plutôt que sur l'aspect même de la tumeur que nous avons dû nous baser pour porter un diagnostic précis de sa nature.

Quoi qu'il en soit, nous nous trouvions en présence d'une lésion qui avait évolué dans l'espace de quelques semaines. Or, étant donné que le malade offrait en même temps toute une série d'accidents secondaires sur le genre desquels le doute n'était pas permis, il était logique de rattacher les productions observées à la syphilis.

Ce diagnostic trouvait encore sa confirmation dans les résultats obtenus par le traitement spécifique, et à ce propos nous n'ajouterons qu'un mot : Dans les cas de ce genre, si la manifestation pathologique résistait à la médication interne et générale, on serait certainement en droit d'employer des moyens locaux plus énergiques, comme on le fait du reste pour les condylomes des autres régions.

Nous recommanderions volontiers les attouchements avec la solution iodée forte, au cinquième, ou avec la solution de nitrate acide de mercure, au dixième et au cinquième, suivant le cas. L'acide chromique fondu à l'extrémité d'un stylet, le galvanocautère enfin, pourraient aussi trouver leurs indications si la lésion ne cédait pas aux topiques que nous venons d'indiquer. Disons cependant que ces accidents, comme ceux de la période secondaire, ont une grande

tendance à régresse soit d'eux-mêmes, soit surtout sous l'influence de la médication interne.

Nous répéterons en terminant que nous n'avons trouvé dans les auteurs aucune mention des condylomes syphilitiques des fosses nasales. Nous n'avions d'ailleurs pas eu plus de succès dans les recherches également entreprises dans le même sens, au sujet de la publication d'un fait de tumeurs condylomateuses de la base de la langue et du larynx. (*Ann. de la Polycl. de Bordeaux*, juillet 1890, p. 205.) C'est donc à ce titre qu'il nous a paru intéressant de rapporter ce cas nouveau, et de signaler les condylomes de la pituitaire, dont les observations deviendront sans doute plus fréquentes, le jour où l'attention aura été attirée de ce côté, et quand on pratiquera attentivement l'examen des fosses nasales chez les sujets atteints de lésions secondaires de la gorge ou de toute autre région. Ne sait-on pas en effet que, pendant longtemps, ces mêmes accidents ont passé inaperçus, et, bien plus, ont été niés dans l'organe vocal ? Or, nous sommes loin aujourd'hui de l'époque où Ricord a pu dire : « Les piliers » du voile du palais sont les colonnes d'Hercule de la » syphilis. »

SARCOME FUSO-CELLULAIRE INTERARYTÉNOIDIEN. — OPÉRATION PAR LES VOIES NATURELLES. — GUÉRISON PENDANT HUIT MOIS. — RÉCIDIVE. — TRACHÉOTOMIE.

Par le Dr **DÉLIE** (d'Ypres).

D... (Joseph), âgé de soixante-treize ans, cordonnier, se plaint de difficulté de la parole et de la déglutition. Depuis dix mois, il s'aperçoit que certains aliments, sous forme de morceaux, ou mal broyés par la mastication, éprouvent de la résistance à passer dans la gorge. Cette gêne s'est accrue insensiblement : aujourd'hui il s'étrangle dès que, pendant les repas, son attention n'est pas concentrée d'une façon continue, sur la forme des aliments à avaler, ainsi que sur la succession lente et rythmée des différents actes de la

déglutition. Il lui arrive de devoir procéder à plusieurs déglutitions successives pour faire passer la nourriture : souvent le bol alimentaire est repoussé et expulsé sous un effort de toux ou de vomiturition : les liquides pris à gorgée trop forte, ou trop rapidement, reviennent par le nez. Le malade a peur de manger parce qu'aucun repas ne se passe sans violents accès de toux et de suffocation. Depuis quelques semaines la voix a perdu de sa netteté : dans le cours d'une conversation le malade est forcé de faire plusieurs expirations bruyantes et répétées, pour chasser de sa gorge un corps qui le gêne, pour souvenir sa voix et lui conserver son timbre : il ne peut cependant pas éviter des extinctions instantanées mais très fugaces. En dehors des accès de suffocation, la respiration est libre. Le patient n'accuse pas de douleurs locales dans la gorge ou irradiées dans les oreilles, soit spontanées, soit provoquées par le passage des aliments.

D... est un homme vigoureux : son péché capital c'est l'usage inconsidéré du tabac : il destine à la chique le temps pendant lequel il laisse refroidir sa pipe: les dents sont noires, les gencives corrodées; toute la muqueuse du palais est hypertrophiée, rugueuse, parsemée d'aspérités sclérosées et de points noirs. Le malade se rappelle avoir, il y a quinze ans, souffert d'ulcérations et de pustules dans la bouche et la gorge. La simple inspection du pharynx provoque des nausées : l'examen à l'abaisse-langue est très difficile : l'application de cocaïne permet l'usage du miroir laryngé.

L'examen laryngoscopique révèle, dans le vestibule du larynx, une tumeur rouge, lisse, arrondie, appliquée pendant l'inspiration sur les fausses cordes vocales : l'expiration soulève ce néoplasme, et la toux le chasse complètement du larynx. Il apparaît alors pédiculé et revêt la forme d'une petite poire dont on a coupé la partie rapprochée de la queue. L'insertion a lieu sur la muqueuse qui réunit les deux sommets des cartilages aryténoïdes, de façon cependant à empiéter sur la face laryngée de la muqueuse et plus encore sur la face œsophagienne de cette dernière.

La tumeur totale atteint le volume d'une grosse noisette.

Tous les symptômes subjectifs et objectifs plaidaient en faveur d'une tumeur de bonne nature. Grâce à la cocaïne, elle fut enlevée séance tenante sans la moindre difficulté au moyen d'une pince Fauvel. Une légère hémorragie se déclara : l'usage de la glace en eut raison au bout de dix minutes. Je fis alors une cautérisation à la pyoctanine et je priai le malade de revenir quelques jours plus tard, afin d'asseoir le diagnostic et le pronostic sur l'examen microscopique.

La petite tumeur présentait la consistance de la chair ordinaire et ne portait nulle trace d'ulcération récente ou ancienne. Était-ce un polype, un fibrome, un papillome, une néoplasie syphilitique? Était-ce une tumeur maligne? L'examen microscopique en démontra la mauvaise nature : c'était un *sarcome fuso-cellulaire*.

Comme la tumeur était nettement limitée, qu'elle était simple, c'est-à-dire exempte de toute infiltration de voisinage, je caressais l'espoir d'une guérison sinon complète, du moins d'une durée assez longue.

Le malade, initié au danger de son affection, se soumit volontiers à l'opération par les voies naturelles. Après une anesthésie profonde, à l'aide de la cocaïne, dont l'application fut répétée pendant le cours de l'opération, j'ai enlevé, au moyen d'une curette galvanocaustique assez grande, toutes les parties situées entre les cartilages aryténoïdes jusque vers le milieu de leur hauteur, au risque de les intéresser, sans me préoccuper de leur fonctionnement ultérieur, ou de l'état de la voix future. Il fallait, avant tout, tenter de sauver la vie du malade. L'opéré vint me retrouver le cinquième jour; il avait éprouvé quelques douleurs dans l'oreille; la déglutition laissait peu à désirer : le passage des liquides provoquait parfois encore des spasmes laryngés et de la toux. Il existait un léger œdème des fausses cordes vocales et de la muqueuse aryténoïdienne; la voix était éteinte.

Je fis tous les huit jours un léger attouchement à la pyoctanine. Au bout d'un mois, le malade se déclara parfaitement guéri ; la plaie interaryténoïdienne était cicatrisée, le fonctionnement des aryténoïdes et des cordes vocales laissait peu à désirer ; le sujet mangeait et buvait sans difficulté, il n'éprouvait ni douleur, ni accès de suffocation; il parlait sans fatigue, mais d'une voix qui n'avait pas retrouvé son timbre normal.

Cette opération se passait au mois de mars 1891. Rien d'anormal ne se présenta jusqu'en novembre. Vers cette époque, le malade perdait la voix ; il éprouvait certaines difficultés pour manger. Sans être accompagnée de véritables douleurs ou d'étranglement, la déglutition devenait insensiblement pénible et laborieuse, surtout quand le patient avalait sa salive. L'examen local révéla un gonflement de toute la région aryténoïdienne et de la partie postérieure des fausses cordes vocales. Sur la muqueuse interaryténoïdienne postérieure, c'est-à-dire du côté de l'œsophage, s'élève une tuméfaction un peu irrégulière, d'un aspect sâle, grisâtre. Aucun ganglion n'est engorgé dans la région hyoïdienne; la pression du larynx éveille une sensibilité douloureuse ; l'état général est encore excellent. Ne pouvant plus tenter

de cure radicale, le sujet s'opposant formellement à toute intervention chirurgicale, je me contentai de toucher deux fois par semaine, à la pyoctanine, toutes les parties ulcérées.

Dès le mois de decembre, l'envahissement de tout le larynx et des tissus voisins, par la néoplasie maligne, suivit une marche ordinaire et rapide. En quelques semaines, l'infection lymphatique et ganglionnaire entraîna une tuméfaction considérable du cou. En janvier 1892, je me vis obligé de recourir à la trachéotomie pour soulager le malade en état d'asphyxie par sténose laryngée. L'influenza visita le malade, alluma des complications pulmonaires et mit un terme aux souffrances de ce malheureux cancéreux.

De cette observation découlent les remarques suivantes :

1° Un sarcome peut exister longtemps sans provoquer des symptômes alarmants, et sans infection ganglionnaire.

2° L'opération par les voies naturelles peut être suivie de guérison d'une durée assez longue.

3° La récidive, dès qu'elle se déclare, marche rapidement et s'accompagne d'une véritable explosion de complications lymphathiques aussi graves que le mal lui-même.

OBSERVATION RARE D'ULCÉRATION D'UNE CORDE VOCALE

Par le Dr **VACHER** (d'Orléans).

Le 7 novembre 1891, je vois à ma clinique une fille de vingt-sept ans, G... (Clotilde), atteinte d'aphonie depuis une semaine. Elle est domestique et se voit sur le point d'être renvoyée de sa place par suite de son infirmité récente. Cette aphonie, qui réduit sa voix à un simple chuchotement, mais qui cependant lui permet d'émettre par un violent effort les notes les plus élevées de son registre supérieur, est survenue sans douleurs en quelques semaines. Le début a été lent : un enrouement, suite de fatigue, me dit-elle. Pas de maladies graves antérieures, pas de lésions spécifiques.

L'examen laryngoscopique, qui se pratique avec beaucoup de facilité, permet d'apercevoir, à l'insertion de la corde vocale droite à l'aryténoïde, une ulcération à l'emporte-pièce, comme si la corde vocale

était complètement détachée de cette insertion. Par un violent effort, les cordes vocales peuvent cependant s'accoler dans toute leur étendue, l'encoche disparaît cachée par les replis de la muqueuse et la malade fait entendre des sons perçants variant du *la* à l'*ut dièse suraigu*.

L'étiologie de cette ulcération n'a pas pu être établie; cette femme n'est pas une tuberculeuse, du moins rien ne le fait croire ; elle n'est pas syphilitique. Aussi ce n'est pas à ce point de vue que l'observation m'a paru digne d'être communiquée à la Société Française d'Otologie et de Laryngologie. C'est au point de vue de la théorie de la formation du second registre de la voix humaine, improprement appelé voix de tête ou de fausset.

L'ulcération siégeant à la partie voisine de l'aryténoïde produit l'aphonie pour le premier registre, car les cordes vocales ne peuvent entrer en vibration dans toute leur longueur et toute leur épaisseur, comme cela est nécessaire pour la formation des sons les plus graves de la voix humaine. Tandis, que par un effort violent, la malade arrive à accoler les cordes dans toute leur étendue, l'air s'échappe violemment dans le tiers antérieur des cordes accolées et produit les derniers sons auxquels puisse atteindre le larynx de cette personne. J'ai revu le sujet quinze jours après; l'état était le même, l'ulcération était stationnaire, la santé générale n'avait subi aucune altération et les mêmes efforts arrivaient à produire les mêmes sons suraigus.

Je pense qu'il serait bon de réunir tous les cas dans lesquels on peut constater l'existence de quelques notes, malgré une aphonie presque complète, et qu'on pourrait ainsi prouver autrement que par des expériences avec des larynx artificiels, ou des dissections plus ou moins subtiles, que les deux registres de la voix humaine sont produits par les mêmes facteurs, et que ces deux voix ne diffèrent que par la longueur de la partie vibrante.

APHONIE ET DYSPNÉE SPASMODIQUES

Par le Dr A. ONODI (de Budapest).

Jusqu'ici nous ne possédions que deux observations complètes, l'une de Michaël, l'autre de Krause. La malade de Michaël, femme de trente-deux ans, hystérique, souffrait de *dyspnée inspiratoire et d'aphonie*. Tous les traitements étant restés sans effet, Michaël se décida à pratiquer la trachéotomie.

Dès les premières inspirations de chloroforme, la dyspnée disparut et à la période d'excitation la voix redevint tout à fait claire. La chloroformisation fut interrompue, et les phénomènes primitifs reparurent : la trachéotomie fut achevée. Trois ans après l'opération, les troubles fonctionnels des cordes vocales étaient restés les mêmes ; la canule ne put être enlevée.

Le malade de Krause, homme de vingt-huit ans, atteint d'une sclérose multiple, présentait les signes d'une aphonie et d'une dyspnée spasmodiques. Au bout de quinze jours, Krause allait pratiquer la trachéotomie, quand il eut l'idée d'essayer un badigeonnage de cocaïne à 10 0/0. Il réussit : la respiration s'améliora d'abord, puis la voix.

Notre malade est une fille de vingt-quatre ans, hystérique, qui de temps à autre a des crises hystéro-épileptiques ; depuis un an et demi elle souffre de temps en temps de dyspnée inspiratoire et d'aphonie complète ; à un certain moment de son séjour à l'hôpital tout avait été préparé pour la trachéotomie. Les inspirations d'éther lui avaient le mieux réussi. La respiration s'améliorait pour quelque temps. Quand je vis la malade, elle était complètement aphone, avec une très forte dyspnée inspiratoire qui ne faisait que s'accroître.

Le miroir laryngoscopique montre que pendant la phonation, les cordes vocales se rapprochent fortement, puis s'écartent un peu l'une de l'autre ; pendant l'inspiration, la glotte rétrécie ne s'élargit pas ; pendant les inspirations profondes les cordes se rapprochent et la dyspnée augmente.

Le Prof. Dr Jendraesik employa sur elle l'hypnotisme avec un succès remarquable.

Après la première suggestion la malade fut débarrassée de la dyspnée et chanta d'une voix claire. Le lendemain il n'y avait plus de difficulté dans la respiration, mais l'aphonie était revenue. Le miroir laryngoscopique montre qu'à l'inspiration la glotte s'élargit au maximum, mais que dès que la malade veut parler, les cordes vocales se pressent fortement l'une contre l'autre. Après quelques autres séances d'hypnotisme la dyspnée et l'aphonie disparurent complètement.

Ce cas est le troisième connu, où l'aphonie et la dyspnée spasmodiques apparaissent simultanément. Il est hors de doute que dans ces trois observations nous avons eu affaire à une contracture. Dans celle de Michaël, le spasme respiratoire cessa après quelques inspirations de chloroforme ; dans la nôtre les inhalations d'éther réussirent pour un peu de temps ; ces deux effets démontrent la nature spasmodique de la maladie. Michaël n'obtint pas la guérison : elle survint chez notre malade grâce à l'hypnotisme. Dans les deux cas, les symptômes observés relèvent de l'hystérie.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. Natier présente un cas de **cachexie strumiprive, avec paralysie complète de la corde vocale droite et parésie de la corde vocale gauche consécutivement à l'ablation du corps thyroïde.**

Le malade que j'ai l'honneur de vous présenter est un jeune homme de vingt-sept ans, exerçant la profession de mouleur en cuivre et domicilié à Paris, où il est né, qui est venu nous consulter à la *Policlinique de Paris*, pour la première fois, il y a une dizaine de jours environ.

Antécédents héréditaires. — Le père de S... est encore vivant et en bonne santé ; sa mère serait morte de gastrite à l'âge de cinquante-huit ans. Il a eu huit enfants qui sont tous morts, à l'exception

de notre malade, né l'avant-dernier. L'un d'eux, cependant, a vécu jusqu'à trente ans, et aurait succombé, en quarante jours, à une maladie de cœur.

Antécédents personnels. — François se rappelle avoir entendu dire qu'il avait été très difficile à élever jusqu'à l'âge de sept ans; mais il ne peut autrement préciser. A dix-sept ans, il a eu une fièvre typhoïde qui a duré six semaines. Il a toujours été très sensible de la gorge; il s'enrhumait au moindre froid, mais il n'a jamais eu, à proprement parler, d'extinction de voix.

Lorsqu'il avalait des liquides, il lui restait ensuite dans la gorge une sensation de gêne, comme s'il avait eu une peau : il faisait des efforts pour cracher, crachait effectivement, et se trouvait alors débarrassé jusqu'au moment du repas suivant.

Les choses demeurèrent en cet état, jusqu'à l'âge de vingt ans, époque à laquelle François partit faire son service militaire: il est resté cinq ans sous les drapeaux et a surtout été employé comme moniteur de gymnastique. C'est dire qu'il pouvait accomplir des exercices d'une certaine violence en même temps qu'il était appelé à user de sa voix à peu près sans mesure. Or, pendant tout ce temps, il n'a éprouvé du côté du cou, et en particulier du côté du larynx, ni gène, ni difficulté notables.

Depuis qu'il est sorti du régiment (sept. 1890), le malade a remarqué que dans le courant de l'année suivante, son cou avait augmenté de volume, mais cependant dans des proportions assez modérées. Il respirait en effet facilement, parlait avec aisance, mais après l'ingestion des aliments, surtout du bouillon, très probablement parce qu'il le prenait en premier lieu, il éprouvait une gêne assez vive, était obligé de faire des efforts pendant lesquels les aliments revenaient par le nez.

C'est à cette époque qu'il eut l'idée malencontreuse, je crois, dans la circonstance, de demander avis à un pharmacien qui lui conseilla d'aller à la consultation de l'hôpital. Il s'y rendit le 3 août 1891, et fut engagé par le chirurgien consultant du jour à entrer dans son service pour se faire opérer. François qui n'avait nullement songé à une opération, se laissa faire cependant, devant l'assurance qu'on lui donna que l'intervention serait bénigne et qu'il sortirait vite, absolument guéri des petits inconvénients dont il se plaignait.

L'opération fut faite le 8 août, et le malade débarrassé de son goitre par l'ablation du corps thyroïde. Aussitôt après cette thyroïdectomie, François, rapporté dans son lit, eut du gonflement du cou, surtout du côté droit, et fut en proie à des accès de suffocation qui nécessitèrent une trachéotomie immédiate. Pendant quelques jours, les aliments

liquides, que seuls il pouvait ingérer, étaient en partie rejetés par la canule et par le nez.

Le malade est resté six semaines à l'hôpital; la première fois qu'il quitta le lit pour descendre dans la cour, il observa que l'air le suffoquait; il ne pouvait parler que tout bas et seulement dans la salle. Par la suite, et surtout au grand air, il éprouvait de la gêne pour respirer, ce dont il n'était nullement incommodé avant l'opération.

Ultérieurement, comme les symptômes, loin de s'amender, paraissaient au contraire s'aggraver, il fut pris d'inquiétude et se rendit à la clinique laryngologique de Lariboisière solliciter les soins de M. le Dr Gouguenheim. Notre distingué confrère, alarmé par la sténose laryngée, ne cacha pas au malade qu'une trachéotomie était nécessaire; mais devant le refus qu'il essuya, il tenta des injections de peptone mercurielle bien qu'il n'y eût pas de syphilis acquise antérieure. Deux mois plus tard, François quitta le service, sans avoir éprouvé de modification dans son état.

Etat actuel. — Ainsi qu'il vous est facile de vous en convaincre, et sans avoir besoin de l'interroger, vous pouvez remarquer que ce jeune homme a un facies tout particulier et présente l'aspect si caractéristique de la « *cachexie strumiprive* ». La figure, en effet, est bouffie, les yeux bridés semblent rapetissés, les traits sont déformés, les joues pleines et flasques, le visage manquant totalement d'expression. En outre, la peau a perdu sa coloration naturelle, elle est sèche, jaunâtre, d'une teinte uniforme, les poils également secs ont perdu leur brillant, ils semblent raréfiés, sont cassants et durs. Le pouls est petit et lent. Pas de modifications du côté des organes génitaux. François, facilement émotif, s'emporte et pleure sans raison aucune.

Comme nous n'avons personnellement vu le malade qu'hier soir, pour la première fois, à notre clinique, et que nous n'avons eu que fort peu de temps pour l'interroger, vous nous pardonnerez de passer sous silence certains autres symptômes relatifs à l'affection qu'il présente.

Mais il est un point sur lequel je désire appeler votre attention, car il est de la plus haute importance pour le malade. Si vous l'interrogez, tout de suite vous vous apercevrez qu'il répond avec une certaine difficulté. Il semble hésiter pour commencer à parler, on dirait que les mots ne veulent pas sortir; dans tous les cas, les paroles ne sont émises que lentement et en scandant; la voix est basse et mal assurée. Cependant, ce n'est encore là qu'un accident secondaire; la gêne respiratoire — surtout dans l'inspiration — éprouvée par le malade, lui occasionne en effet beaucoup plus d'ennui en même temps qu'elle est faite pour inspirer des craintes bien plus graves.

En procédant à l'*examen laryngoscopique*, nous avons de suite l'explication du phénomène. Avec le miroir laryngien, en effet, on constate, — comme l'avait très bien vu la première fois qu'elle examina le malade, mon aide de clinique Mlle Leclerc, qui me donna les premiers renseignements à cet égard ; — on constate, dis-je, que la corde vocale inférieure droite est absolument immobilisée, en position médiane, dont elle ne s'écarte nullement, malgré les efforts faits par le malade. Quant à la corde vocale inférieure gauche, elle est simplement parésiée ; mais il faut dire de suite que cette parésie paraît très grave, puisque l'écartement, dans l'inspiration la plus profonde, ne dépasse guère 1 millimètre ou 1 millimètre et demi au plus.

Ce fait de paralysie de la corde vocale droite et de parésie de la corde vocale gauche suffit amplement, croyons-nous, à rendre compte des troubles vocaux et respiratoires. Nous n'insisterons pas davantage aujourd'hui sur ce sujet ; nous nous proposons de suivre avec soin le malade et de noter tout ce qui pourra se produire. En terminant, nous ne pouvons que regretter une intervention opératoire qui eût assurément pu être différée et qui dans tous les cas, a eu des résultats si déplorables.

DISCUSSION

M. Moure. — Le cas présenté par M. Natier est fort intéressant; d'abord parce qu'il est un exemple de ce trouble de la nutrition dû à l'ablation du corps thyroïde (myxœdème) ; ensuite à cause des troubles laryngés présentés par ce sujet.

A l'examen laryngoscopique, nous trouvons une immobilisation de la corde droite sur la ligne médiane, et une corde gauche également placée en position vocale, mais s'écartant légèrement pendant l'inspiration. De plus, la région aryténoïdienne est œdémateuse surtout du côté gauche.

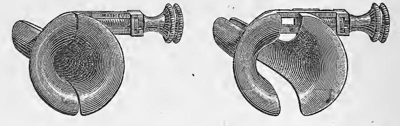
Je ne crois pas à une section des deux récurrents qui aurait, je crois, amené la position cadavérique des cordes. Je serais assez disposé à penser que le ou les récurrents un peu irrités, entamés peut-être au cours de l'opération (qui a déterminé, du reste, un spasme glottique ayant nécessité la trachéotomie d'urgence) ; je crois, dis-je, que le ou les récurrents se trouvent pris dans le tissu de cicatrice, et ce dernier faisant l'office d'un véritable néoplasme, occasionne d'abord la paralysie du crico-aryténoïdien postérieur, fait assez fréquent dans ces cas, ainsi que l'a démontré M. F. Semon.

M. Natier. — Ces explications ne m'indiquent pas le traitement à suivre.

M. Moure. — Je lui mettrais une canule et j'attendrais.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

M. Moure. – J'ai l'honneur de vous présenter un spéculum du nez qui m'a rendu quelques services dans ma pratique journalière. Aujourd'hui, on fait un certain nombre de ponctions exploratrices du méat inférieur, pour voir s'il n'y a pas de pus dans l'antre d'Highmore, et on est quelquefois très embarrassé, lorsqu'on a introduit le trocart dans le spéculum plein, pour retirer ce dernier instrument qui gêne pendant tout le temps de l'opération. J'ai imaginé, pour éviter cet inconvénient, un spéculum ouvert sur le côté,



comme ceux dont on se sert pour l'utérus; j'ai dû modifier, à cet effet, le spéculum ordinaire qui ne s'ouvre pas suffisamment à sa base et j'en ai fait construire un, composé de deux lames cylindriques horizontales. On a, avec cet instrument, une lumière suffisante, et on peut le retirer facilement quand le trocart ou tout autre instrument, serre-nœud, etc., est introduit.

M. Garrigou-Désarènes. — Depuis plus de dix ans, je me sers d'un spéculum nasi, dont je suis l'inventeur, et qui me permet non seulement de bien voir les fosses nasales, mais encore me donne la plus grande facilité, soit pour opérer les polypes, soit pour pratiquer les cautérisations.

Ce spéculum se compose de deux branches d'acier, d'une longueur de 8 centimètres environ, reliées à l'une de leurs extrémités de façon à faire ressort et à s'écarter l'une de l'autre, à l'état normal. A l'autre extrémité de chacune de ces branches, est fixée une petite plaque métallique, d'une longueur de 3 centimètres, d'une largeur de 7 millimètres

environ. L'extrémité libre de ces plaques est arrondie, pour ne pas blesser la muqueuse nasale. Ces plaques ne forment pas avec les tiges un angle droit, mais un léger angle obtus. Une petite crémaillère, pressée par une vis, permet de maintenir l'écartement sans fatiguer les doigts.

M. Miot. — La modification apportée au spéculum plein par M. Moure est très utile, mais les spéculums bivalves ont les avantages qui viennent d'être signalés, et permettent de voir suffisamment l'intérieur des fosses nasales pendant l'introduction des instruments. Je me sers avec avantage du spéculum que j'ai fait construire.

M. Moure. — Le nouveau spéculum que je viens de présenter a surtout pour but de remplacer le spéculum plein de Duplay ou autres, habituellement employés en France, et avec lesquels on *voit très bien*, mais qui sont parfois gênants pour pratiquer certaines opérations.

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

Après des rapports favorables de MM. Moure et Charazac, M. de Roaldès (de la Nouvelle-Orléans), présenté par MM. Moure et Charazac, et M. Boulet (de Montréal) présenté par MM. Lubet-Barbon et Charazac, ont été élus membres correspondants étrangers de la Société.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

STATUTS et RÈGLEMENT de la Société I
LISTE des membres titulaires fondateurs III
AMYGDALES. — Affection peu connue des —, par M. Hicguet .. 77
Fièvre amygdalienne et purpura, par M. Joal .. 38
Sarcome de l' —, par M. Luc 136
ANGINE INFECTIEUSE. — Un cas d' —, par M. Ferras 104
APHONIE. — Dyspnée et — spasmodique, par M. Onodi 155
BROMURE D'ÉTHYLE. — Anesthésie par le —, par M. Lubet-Barbon 79
Discussion : Moure, Cartaz, Garel ... 81
CORPS THYROÏDE. — Cachexie strumiprive consécutive à l'ablation du —, par M. Natier 156
DIPHTÉRIE. — Traitement par les pulvérisations, par M. Polo. 50
Discussion : Charazac 55
INSTRUMENTS. — Spéculum du nez, par MM. Moure et Garrigou-Désarènes 160
LARYNX. — Abcès du — consécutif à la scarlatine, par M. Moure. 31
Discussion : Lubet-Barbon, Poyet, Garel, Fauvel. 36
Arthrite crico-aryténoïdienne due à la syphilis, par M. Natier 56
Éversion du ventricule de Morgagni, par M. Beausoleil 139
Lupus du —, par M. Garel 1
Discussion : Moure 11
Paralysie laryngée corticale, par M. Raugé 146
Un nouveau symptôme de paralysie laryngée, par M. Fauvel 18
Photographie dans l'anatomie du larynx, par M. Garel 96
Sarcome fuso-cellulaire inter-aryténoïdien, par M. Delie 150
Ulcération rare d'une corde vocale, par M. Vacher. 153
NASO-PHARYNX. — Traitement des fibro-myxomes du —, par M. Wagnier 42

Pages

NEZ. — Chancre induré de la fosse nasale gauche, par M. Moure ... 111
Condylomes syphilitiques des fosses nasales, par M. Lacoarret ... 144
Électrolyse des fosses nasales, par M. Garrigou-Désarènes ... 97
Discussion : Miot, Moure ... 100
Inconvénients de la douche nasale, par M. Suarez de Mendoza ... 82
Discussion : Noquet ... 84
Photographie dans l'anatomie du nez, par M. Garel. 96
Traitement de certains rétrécissements des fosses nasales, par M. Astier ... 63
Discussion : Moure, Suarez de Mendoza ... 67
Traitement de la syphilis des fosses nasales, par M. Darzens ... 107

OREILLES. — Du grattage du rocher dans l'otorrhée chronique, par M. Garrigou-Désarènes ... 12
Discussion : Suarez de Mendoza, Miot ... 16
Kystes du pavillon, par M. Lavrand ... 132
Otite interne syphilitique, par M. Charazac ... 25
Discussion : Noquet, Moure, Natier, Garrigou-Désarènes ... 30

SINUS MAXILLAIRE. — Traitement des suppurations du sinus, par M. Cartaz ... 68
Discussion : Moure, Garel ... 77

VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES. — De l'opération des —, par M. Rousseaux ... 85
Discussion : Moure, Garel, Rougier. 95
Deux récidives de —, par M. Lavrand ... 102

VALSALVA. — Une cause d'erreur dans l'épreuve de —, par M. Lannois ... 135

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER et Cie, rue Cabirol, 16.